72

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1916 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

A. CLERGEON

Né à Paris le 14 mai 1872

De la Mortinatalité

CAUSÉE PAR

Auto-Intoxication Gravidique

et se traduisant par les vomissements dits « incoercibles »
et le passage de l'albumine dans les urines

Président : RIBEMONT-DESSAIGNES, *professeur*

PARIS
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, RUE RACINE, VIe

1916

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologi	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY GILBERT C. LAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DÉJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBÉCOURT	TANON
CHAMPY	LECÈNE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBRÉDANNE	TIFFENEAU
DESMARESTT	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUÉNIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON VÉNÉRÉ PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SAINTE MÈRE

A LA MÉMOIRE
DE MON TRÈS REGRETTÉ FRÈRE VICTOR

A LA MÉMOIRE DE MA BONNE TANTE

MEIS ET AMICIS

Hommage de sincère reconnaissance et de profonde affection.

A MON CHER ET VÉNÉRÉ MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur honoraire de Clinique osbtétricale
et gynécologique
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur
Médecin principal de complément à l'Hôpital militaire Bégin

A qui j'ai l'honneur de dédier cette thèse qu'il voulut bien nous inspirer, trop faible hommage de notre profonde gratitude et de notre grande reconnaissance.

A MON AMI LE DOCTEUR SELLET

Chef de clinique adjoint à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin aide-major de complément
Décoré de la Croix de Guerre

Qui a droit à toute notre gratitude pour l'amitié sincère et l'intérêt constant qu'il n'a cessé de nous témoigner. Bien que grièvement blessé, les précieux conseils qu'il nous a prodigués pour ce travail, nous ont puissamment facilité notre tâche.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNES

Professeur de Clinique obstétricale
Accoucheur de l'Hôpital Beaujon
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur
Médecin major de 1re classe de complément

A qui nous adressons l'expression de notre plus respectueuse reconnaissance pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la Présidence de cette thèse.

PRÉFACE

Avant de commencer l'étude de ce travail qui marque le terme de nos études médicales, il nous est un devoir, bien doux à remplir, puisqu'il est une dette de reconnaissance : celui de remercier tous ceux qui, durant le cours de ces longues années d'études, nous ont aidé de leurs conseils, soutenu par leurs encouragements, et ont contribué à notre formation médicale par leurs savantes leçons, leurs précieux conseils, leurs nobles exemples, nos Maîtres éminents des Hôpitaux et de la Faculté de Médecine de Paris.

M. le Dr A. Petit, médecin de l'Hôtel-Dieu, a guidé nos premiers pas dans la science médicale, et c'est dans son service, au milieu de nos glorieux blessés de la salle Saint-Charles, que nous voyons le couronnement de nos efforts. Ses excellents conseils cliniques nous seront un guide précieux pour notre pratique future. Son enseignement quotidien, dans son service de médecine générale ou à sa consultation des maladies du cœur, nous a initié à l'art difficile d'examiner un malade et de poser un diagnostic le plus précis possible. Nous n'oublierons jamais sa bienveillance à notre égard, et nous lui offrons ici

l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Nous garderons sans cesse le souvenir de l'affectueux accueil que nous a toujours réservé M. le Dr A. Bergé, médecin de l'Hôpital Broussais. Ses conférences, si facilement assimilables, ont autant contribué à notre instruction médicale qu'à notre éducation thérapeutique.

Nous sommes heureux d'avoir pu profiter des dernières années de l'enseignement du Maître éminent, admiré de tous, qu'était M. le professeur Dieulafoy. Le souvenir de ses incomparables et magistrales leçons cliniques et de ses causeries si documentées au lit du malade, est à jamais gravé dans notre mémoire.

M. le professeur agrégé Campenon, chirurgien honoraire des Hôpitaux, nous a inculqué les premières notions de chirurgie. Ses conseils si pratiques, concernant l'examen des malades, et ses leçons si claires et si originales parfois, ont su nous rendre la chirurgie une science pleine d'attraits.

Auprès d'un Maître arraché trop tôt à l'affection de tous ses élèves, M. le professeur Segond, nous avons terminé notre stage de chirurgie. Dans ses cours où la haute clarté de son esprit dominait, il savait, avec son merveilleux sens clinique, rendre les questions les plus ardues, simples et faciles à comprendre. En nous montrant le grand rôle du chirurgien dans la conservation de l'espèce, ne nous préparait-il pas déjà à l'enseignement du Maître qui a bien voulu nous inspirer ce travail ?

C'est à la clinique Charcot, à la Salpêtrière, que nous avons fait notre stage de spécialité chez M. le professeur Déjerine. Depuis longtemps déjà, nous suivions, avec un intérêt toujours croissant, ses leçons où nous nous demandions ce qu'il fallait le plus admirer de la science du Maître ou de son grand cœur. Nous avons pu largement profiter des fruits de sa longue expérience ; aussi, nous prions notre cher Maître de bien vouloir agréer l'assurance de notre profonde reconnaissance.

Jamais, nous ne pourrons oublier les moments passés à la Clinique Baudelocque auprès d'un Maître que nous avons appris à aimer, à respecter et à vénérer : M. le professeur Pinard. Dans ses leçons magistrales ou dans la discussion journalière des observations, il nous donnait plus que de la science, puisqu'il nous donnait tout son cœur d'apôtre, afin que tous, Maître et élèves, unis intimement devant le sublime devoir, poursuivent d'un commun accord la croisade à laquelle il s'est consacré tout entier. Nous savons maintenant quel rôle doit jouer le médecin dans la lutte contre l'ignorance, et nous serons très heureux de joindre nos modestes efforts à ceux de notre Maître dans le combat qu'il mène depuis si longtemps, pour qu'enfin soit réalisée la protection à laquelle toute mère et tout enfant ont droit et pour que, dès aujourd'hui, dans la victoire qui se dessine, soit assuré l'avenir par le triomphe de la Puériculture. Nous n'oublierons jamais que si nous nous sentons prêt à affronter les difficultés de la pratique de

jour en jour plus ardue, c'est à son enseignement magistral et à son exemple paternel que nous le devons.

M. le professeur Couvelaire, dans ses excellentes leçons du dimanche, nous a fait apprécier son grand talent pédagogique ; nous en avons profité largement et nous l'en remercions sincèrement ainsi que de la bienveillance qu'il nous a témoignée.

Qu'il nous soit permis aussi de dire toute notre reconnaissance à M. le professeur Broca qui a, bien agréablement pour nous, contribué à notre instruction par ses leçons si vivantes, si essentiellement pratiques et si pittoresques parfois, ainsi qu'à M. le professeur J.-L. Faure, dont nous avons admiré la haute compétence gynécologique et la dextérité opératoire.

Nous n'oublierons jamais non plus les précieux conseils que nous a prodigués M. le professeur agrégé Wallich dans ses causeries et dans ses leçons ; nous sommes heureux d'avoir pu bénéficier aussi de sa vaste expérience en tout ce qui concerne les suites de couches, les nourrices et les nourrissons. Que notre Maître nous permette d'ajouter à nos remerciements, l'expression de notre plus profonde reconnaissance pour l'accueil si bienveillant qu'il nous a toujours ménagé.

Nous sommes heureux de pouvoir aussi exprimer toute notre gratitude à :

M. le Dr Lévy, accoucheur des Hôpitaux ;

M. le Dr Le Masson, si dramatiquement arraché à l'affection de tous ;

M. le Dr Lacasse *(in memoriam) ;*

M. le Dr Pottet, chef de Clinique ;

M. le Dr Eudes, chef de Clinique adjoint ; dont les démonstrations quotidiennes sur l'obstétricie nous ont été si utiles.

Que MM. les Drs Marchal, Pin, Champeaux, Bruslon, Thierry, Théoharide et Chabrun, mort au Champ d'honneur, qui ont été pour nous d'excellents camarades, reçoivent ici le témoignage de notre sincère amitié.

Mais nous n'oublierons pas que c'est à notre ami Sellet que nous devons d'être venu à la Clinique Baudelocque et, s'il nous est donné un jour de faire quelque bien, qu'il en prenne sa part, c'est à lui que nous le devrons.

M. le professeur Hartmann, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, voudra bien accepter le témoignage de notre admiration pour le dévouement si éclairé qu'il témoigne sans cesse aux chers blessés militaires de son service et de notre reconnaissance pour le bénéfice que nous tirons de son enseignement dont nous savons toute la valeur.

Mlle le Dr L. de Jong, ex-interne des Hôpitaux, voudra bien aussi agréer, avec nos plus respectueux hommages, nos sincères remerciements pour les précieux renseignements pratiques qu'elle nous a prodigués.

Que mon vieil ami, le Dr Vianay, dont le soutien

et les conseils nous furent si utiles au cours de nos études, reçoive ici une nouvelle marque de notre inaltérable amitié, ainsi que M. le Dr Fricker, et MM. Robart, Désirand, du Buisson, Foucault, Reinert et Crassus.

De la Mortinatalité

CAUSÉE PAR

Auto-Intoxication Gravidique

et se traduisant par les vomissements
dits « incoercibles » et le passage de l'albumine
dans les urines

CHAPITRE PREMIER

Dans le vaste chapitre des « auto-intoxications gravidiques » exposition du sujet de notre travail.

A côté de la syphilis qui tue tant d'enfants, *in utero*, il est une autre cause de mortinatalité. C'est l'auto-intoxication gravidique. Celle-ci seule va être envisagée dans ce travail.

Il est certes peu de chapitres dans l'histoire de la Médecine qui, en vertu de l'intérêt même que celui-ci présente, en vertu de la gravité et des complications qui en peuvent résulter, aient été aussi âprement, aussi longuement discutés. Il en est peu aussi qui, après de tels débuts, présentent encore à l'heure actuelle, et malgré de toutes récentes recherches, autant de points obscurs, ou même entièrement inconnus.

C'est au professeur Pinard que revient l'honneur d'avoir réuni un certain nombre d'états pathologiques jusque-là non groupés, et qui ne se montrent que dans l'état de gestation, se manifestant seulement quand l'organisme maternel semble fléchir devant la suractivité que lui impose cette gestation. Nous n'avons pas à traiter ici la raison de ce groupement, qui est le caractère commun à toutes ces « maladies gravidiques générales », toujours si heureusement influencées par un seul et même traitement de désintoxication hépatique et rénale: le *régime lacté absolu*, sous l'influence duquel — lorsqu'il est appliqué à temps — on voit le plus souvent, sinon toujours, l'organisme désintoxiqué reprendre le cours de son fonctionnement naturel. L'existence de ces auto-intoxications gravidiques, de ces « hépato-toxémies gravidiques » comme les appelle le professeur Pinard, est trop nettement établie aujourd'hui pour nous permettre encore d'insister sur elle; cela nous entraînerait d'ailleurs en dehors des limites de notre sujet, puisque ce sont seulement certaines des manifestations de cette défaillance organique que nous devons étudier.

Cette défaillance se manifeste en effet par les symptômes les plus divers :

Les uns sont bénins relativement, tels que le ptyalisme, la gingivite, les dermatoses gravidiques, ou heureusement fort rares, exceptionnels même dans leurs formes fatales, comme l'ictère, la cachexie séreuse, l'anémie pernicieuse et les névrites puerpé-

rales ; les autres, au contraire, ceux qui précisément nous intéressent, sont à la fois des plus fréquents et malheureusement aussi peuvent être des plus graves, puisque trop souvent encore ils entraînent, soit par eux-mêmes, soit par leurs complications, ou la mort du fœtus, ou la mort de la mère, ou même la mort de l'un et de l'autre. Ces maladies au nombre de deux se partagent en quelque sorte par partie égale toute la durée de la gestation : les vomissements se manifestant surtout pendant les quatre ou cinq premiers mois, le passage de l'albumine dans les urines étant principalement constaté pendant les quatre ou cinq derniers. Sans que naturellement il puisse rien y avoir d'entièrement absolu dans ce partage, nous serons obligé de le maintenir dans la suite de ce travail.

Mais dès maintenant, il nous paraît indispensable de rappeler le rôle qui nous a été tracé et d'établir les limites les plus nettes à notre modeste contribution dans un sujet aussi vaste, aussi copieusement traité et aussi largement controversé que le sont et les vomissements dits incoercibles et l'albuminurie gravidique. « *De la mortinatalité causée par auto intoxication gravidique et se traduisant par les vomissements dits incoercibles et le passage de l'albumine dans les urines* ». Tel est le sujet de notre thèse auquel nous avons essayé de nous conformer aussi étroitement que possible.

Certes, des voix infiniment plus autorisées que la nôtre ont déjà traité ce sujet, car la terminaison

brutale de la gestation par mort du fœtus, soit par l'interruption thérapeutique ou spontanée au cours des vomissements dits incoercibles, soit sous l'influence de ce qui a été dénommé albuminurie gravidique, cette mort trop fréquente du fœtus a été signalée par tous les auteurs, et, dans ces conditions, ce serait toute l'histoire — déplacée ici — de cet immense chapitre de l'obstétrique, depuis 1820, avec Rayer, pour l'albumine et après, P. Dubois, pour les vomissements, qu'il nous faudrait refaire pour bâtir seulement l'historique du point spécial qui nous intéresse.

Non, notre sujet est plus précis : il nous fait chercher la mortinatalité qui, *aujourd'hui encore*, après tant d'efforts, persiste, causée par l'ignorance de ces deux formes d'intoxication de la femme en état de gestation et qui se traduisent, le plus souvent, soit par des vomissements graves, soit par le passage de l'albumine dans les urines.

Et ce n'est pas une contribution à l'étude de ces deux maladies que nous avons la prétention d'apporter, c'est une étude clinique, dont les matériaux sont puisés dans les archives de la clinique Baudelocque.

Sur ce terrain uniquement clinique, et devant une telle abondance de matériaux, qu'il nous soit permis de bien préciser les observations que nous avons seules voulu retenir : ce sont celles au sujet desquelles aucun doute ne peut subsister quant à la cause étiologique ayant produit la mort du fœtus, celles où l'intoxication qui se traduit par le passage d'albu-

mine dans les urines peut être seule invoquée, celles aussi où l'avortement s'est réalisé, ou le plus souvent s'est thérapeutiquement imposé, les seuls vomissements pouvant être incriminés. C'est dire qu'en particulier au point de vue de l'albuminurie dite gravidique, nous avons volontairement éliminé toutes les observations de femmes dont la gestation aurait été surveillée et chez lesquelles l'albumine n'a été constatée qu'au cours du travail — cette albuminurie de la parturition n'entrant nullement dans le cadre de notre sujet — et toutes les observations où la mort du fœtus n'a pas été constatée avant le début du travail, toute une série d'autres causes pouvant être invoquées au cours de ce travail. Il ne nous reste donc que les observations où — comme l'indique le titre de notre thèse — la mort du fœtus est survenue pendant la gestation, causée, soit spontanément, soit thérapeutiquement par les deux grands facteurs d'auto-intoxication déterminant, soit les vomissements, soit le passage d'albumine dans les urines.

C'est dire aussi que dans un sujet comme le nôtre, essentiellement clinique comme nous le comprenons, nous ne chercherons pas, après tant d'autres, et aussi vainement qu'eux, à trouver l'origine absolue et la nature du poison qui cause une telle mortalité fœtale — et hélas trop souvent aussi maternelle. Quel qu'il soit, d'où qu'il vienne, le poison existe, et si l'état de nos connaissances ne nous permet pas malheureusement encore de l'envisager en lui-même, nous

savons un peu mieux, depuis les travaux du professeur Pinard, quel en est son mode d'action sur l'organisme humain ; nous savons surtout son traitement si puissant dans la grande majorité des cas.

Ce traitement qui seul nous permettra à l'avenir d'assurer la naissance à terme de tant de victimes de l'ignorance, n'est-il pas plus intéressant à considérer que les stériles discussions étiologiques de notre sujet ?

Et s'il nous est permis de prendre une faible part dans la « Grande Croisade » qui s'impose, pour lutter contre l'ignorance coupable où périssent tant d'existences humaines, nous trouverons encore une raison de plus pour remercier notre bon Maître, M. le professeur Pinard, de nous avoir accepté à ses côtés dans le combat qu'il livre depuis si longtemps pour la Puériculture, telle qu'il l'a créée, non seulement après la naissance de l'enfant, mais avant même la procréation, et aussi de la procréation à la naissance.

CHAPITRE II

Résumé des observations recueillies à la clinique Baudelocque

Tout le monde sait avec quel soin, avec quelle inlassable persévérance notre Maître, M. le professeur Pinard, veille à la constitution des archives de la clinique Baudelocque, où toutes les observations ont d'abord été minutieusement examinées par lui, puis discutées publiquement et où il va jusqu'à interroger lui-même toutes les femmes, au sujet desquelles pourrait persister la plus légère incertitude.

Dans ces conditions, les observations que nous publions présentent, sinon la certitude scientifique, au moins le maximum de garanties qu'il soit possible de réaliser.

Ce sont ces observations, comprises, comme nous l'avons expliqué, que nous avons recueillies pendant une période de dix ans, de 1905 à 1914, et que nous avons résumées dans les tableaux suivants, en envisageant séparément la mortinatalité causée par les vomissements à caractères graves, et celle qui reconnaît pour cause de la mort du fœtus l'auto-intoxication maternelle qui se traduit par le passage d'albumine dans les urines.

AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE. — VOMISSEMENTS A CARACTÈRES GRAVES

ANNEES	N° des obs.	Parité	Age de la femme	Antécédents pathologiques	Gestations antérieures	Age de la gestation	HISTOIRE CLINIQUE DES VOMISSEMENTS	Etat de la fe à la sort
1905	1494	I	21	»	»	4e mois	Femme dont les D. R. datent du 27 au 30 juin, vomit depuis les premiers jours de juillet; consulte en ville vers le 15 août. Le régime lacté est conseillé, traitement suivi? Les vomissements n'ayant pas cessé, la femme se présente à la clinique fin septembre. Là, malgré le traitement institué, les vomissements persistent, les téguments ont une teinte subictérique, douleur au creux épigastrique, abattement, troubles visuels. Pouls 108; l'interruption de la gestation est décidée le 6 octobre.	Vivante
	1512	IV	34	»	Vomissements pendant les deux ou trois premiers mois.	3e mois	Femme dont les D. R. datent du 25 au 28 juillet. Au début de septembre, vomissements qui augmentent en fréquence et en quantité. Vers le 15, un médecin appelé ordonne le régime lacté absolu ainsi que des médications multiples (menthol, eau chloroformée, bromure de sodium). Les vomissements persistent, la malade est transportée à la clinique le 26 septembre. Malgré le traitement institué, les vomissements persistent, le pouls monte à 100 et s'y maintient, l'amaigrissement continue, teinte subictérique des téguments, urines de plus en plus rares et foncées; on décide le procédure l'interruption de la gestation.	Vivante
	1810	II	22	Scarlatine à 8 ans (albumine)	Vomissements légers signalés. Pas d'albumine.	2e mois	Femme dont les D. R. datent du 1er au 5 octobre. Entre à la clinique le 27 novembre, dans le courant du deuxième mois parce qu'elle a des vomissements depuis trois semaines, qu'aucun régime alimentaire n'a pu arrêter et qui se répètent à intervalles de plus en plus rapprochés. Malgré le traitement institué, pas d'amélioration; le pouls faible et irrégulier se maintient à 104, urines rougeâtres et troubles, agitation, troubles visuels; on décide, le 3 décembre, l'interruption de la gestation.	Vivante
1908	2066	I	23	»	»	3 mois	Observation pour laquelle la plupart des renseignements font défaut. Il est seulement indiqué : femme n'ayant jamais consulté. Arrivée à la clinique, état très grave. Pouls 124, faible et mal frappé, ictère généralisé. Vomissements et ptyalisme constants, on décide, le 16 décembre, l'interruption de la gestation.	Vivante
1907	729 bis	II	24	Typhoïde à 11 ans	Vomissements graves. Avortem. au troisième mois.	3 mois	Femme dont les D. R. datent de la fin de février. A consulté un médecin pour vomissements le 13 avril, une potion bromurée est prescrite; la femme est amenée à la clinique le 3 mai, intolérance gastrique complète, diarrhée. Malgré le traitement institué, l'état s'aggrave, les vomissements incoercibles augmentent considérablement; le pouls, de 104 monte à 130, urines rares, on décide le 16 mai, l'interruption de la gestation.	Vivante
	1327	II	20	Rougeole de l'enfance	Légers vomissements signalés.	3e mois	Femme dont les D. R. datent du 1er au 6 juin, vomit pour la première fois le 10 juillet. A partir de cette date, les vomissements se répètent soit à jeun, soit après les repas, rendant impossible toute alimentation. Un traitement symptomatique (eau chloroformée) prescrit par un médecin, n'a aucun succès. La femme entre à la clinique le 15 août. L'amaigrissement est considérable. Malgré le traitement institué, l'amaigrissement s'accuse, les urines deviennent rares et foncées, ictère généralisé, anasarque complète, accélération du pouls qui se maintient au-dessus de 100, on décide, le 19 août, l'interruption de la gestation.	Vivante
1908	273	III	25	Typhoïde à 11 ans	Vomissements légers à la 1re gestation, graves à la 2e, ayant nécessité l'interruption de la gestat. Pas de vomissements signalés	3e mois	Femme dont les D. R. datent du début de décembre. Vers le milieu de janvier, ptyalisme intense, puis nausées. Le 20 janvier, les vomissements deviennent rapidement très fréquents et abondants. Le 5 février, la femme entre à la clinique, anhydramnie complète. Malgré le traitement institué, l'état s'aggrave, vomissements incoercibles, insomnies, pouls dicrote, faible mal frappé, 128 à 132; on décide, le 16 février, l'interruption de la gestation.	Morte
	603	III	27	»		4e mois	Femme dont les D. R. datent du 27 au 31 décembre. En février, quelques vomissements qui vont augmenter d'intensité en mars. L'amaigrissement, la diminution des urines amènent la femme à la clinique le 2 avril. Malgré le traitement institué, l'état général s'aggrave, le pouls irrégulier, filiforme se maintient à 160, la peau est sèche; on décide, le 6 avril, l'interruption de la gestation.	Morte
	2063	II	32	»	Pas de vomissements signalés.	3e mois	Femme dont les D. R. datent du début de septembre, entre à la clinique le 30 novembre pour vomissements graves survenus vers le 15 octobre et s'accompagnant de céphalalgie, douleur au creux épigastrique. Malgré le traitement institué l'état général devient très grave, le pouls très faible et très fréquent se maintient à 136, les urines très rares; on décide, le 7 décembre, l'interruption de la gestation.	Vivante
	2207 bis	I	20	»	»	3e mois	Femme dont les D. R. datent du 4 au 8 octobre. Evolution normale de la gestation pendant un mois, puis vomissements. Les traitements médicamenteux suivis en ville sont inefficaces. La femme entre à la clinique le 21 décembre. Malgré le traitement institué l'amaigrissement s'accentue : teinte subictérique des conjonctives, puis des téguments, urines rares, le pouls se maintient au-dessus de 100; on décide, le 26 décembre, l'interruption de la gestation.	Vivante
1909	251 bis	III	29	»	Pas de vomissements signalés	4e mois	Femme dont les D. R... datent du 23 au 28 octobre. Les vomissements ont débuté trois semaines après la cessation des règles, peu intenses mais très fréquents, rien ne pouvait être gardé. Vers le 6 janvier, un médecin appelé conseille le régime lacté absolu. L'état s'aggravant, la femme entre à Baudeloque le 27 janvier. Malgré le traitement l'état général s'aggrave : amaigrissement considérable, vomissements persistants, ictère, urines rares, le pouls se maintient au-dessus de 100; on décide, le 10 février, l'interruption de la gestation.	Morte
	545 bis	V	40	»	Vomissements au début des gestations antérieures.	3e mois	Femme dont les D. R... datent du 15 au 18 janvier. Le 10 mars, début des vomissements qui deviennent vite très fréquents. La malade ne garde rien, les vomissements persistent malgré les différents traitements (pulvérisations d'éther au creux épigastrique, potions ?) institués par un médecin. Le 21 mars, la malade entre à Cochin (service de M. le professeur Chauffard), est soumise à la diète hydrique, sérum; le 25 mars, elle est envoyée à la clinique Baudeloque. Femme très amaigrie, dyspnéique, les urines sont très rares, pouls 104. Mort brusque le 27 mars par syncope.	Morte brusq par syncop
	567	I	24	»	»	2 mois	Femme dont les D. R... datent du 12 au 15 janvier. Les vomissements apparaissent six semaines après la date des dernières règles. La malade mange, mais vomit tout, amaigrissement rapide; différents traitements médicaux (potion chloroformée, potion de Rivière, oxygène, glace sur l'estomac) restent inefficaces. Le 31 mars, elle entre à la clinique. Malgré le traitement institué, les vomissements continuent et l'état général s'aggrave : ictères, urines rares, pouls se maintenant au-dessus de 100; on décide, le 3 avril, l'interruption de la gestation.	Vivante
	585	I	26	»	»	3e mois	Femme dont les D. R... datent du 1er au 6 janvier. Les vomissements débutent le 9 février et deviennent rapidement incessants. Cette femme, très amaigrie, entre le 8 mars à la clinique Malgré le traitement institué, l'état général s'aggrave et devient de plus en plus mauvais, le pouls se maintient aux environs de 120; on décide, le 9 avril, l'interruption de la gestation.	Vivante
	718	I	23	»	»	3 mois	Femme dont les D. R... datent du 10 au 15 février. Le 15 mars, les vomissements apparaissent aussitôt l'ingestion d'aliments ou de liquides. La malade aurait suivi le régime lacté absolu, puis diète hydrique (eau de Vichy), elle entre à Baudeloque le 25 avril. L'état général s'aggrave, la teinte subictérique continue à maigrir; asthénie complète, langue saburrale, le pouls devient filant et se maintient entre 120 et 130; on décide, le 28 avril l'interruption de la gestation.	Vivante
	1039	V	40	Scarlatine à 5 ans Rhum. art. aigu	Vomissements légers à toutes les gestations, sauf à la première.	3e mois	Femme dont les D. R. datent du 10 au 15 avril. Le 1er mai, la femme commence à vomir. Les vomissements, rares au début, deviennent de plus en plus fréquents et l'amaigrissement accentué. Après un traitement médical de trois semaines ?, entre le 8 juin à Baudeloque.	Vivante
	1421	IV	29	»	Vomissements d'environ trois semaines aux trois premières gestations	5e mois	Traitement habituel. Le 21 juin, devant la persistance des vomissements, l'irrégularité du pouls, 100 à 120, les tendances syncopales, on décide, le 21 juin, l'interruption de la gestation.	Vivante
	1944	II	25	»	Vomissem. incoercibles à la première gestation.	3e mois	Femme dont les D. R. datent du 1er au 5 décembre 1909. Vers la fin de janvier 1910, début des vomissements, quelques aliments sont conservés; peu à peu les vomissements augmentent en fréquence et en quantité, et rien ne peut être gardé, la femme est très agitée, énervée Elle consulte en ville (potion de Rivière, eau-de-vie allemande). Les vomissements persistent, la femme se décide à entrer à la clinique le 24 février. Le traitement habituel est institué, mais l'état général continue à s'aggraver. L'amaigrissement s'accentue : céphalalgie, urines rares, le pouls dépasse 100, on décide, le 1er mars, l'interruption de la gestation.	Morte
	2005	III	29	»	Vomissements légers aux deux gestations précédentes.	3e mois	Femme dont les D. R. datent du 23 au 26 septembre. Les vomissements apparaissent au début de novembre et deviennent de plus en plus fréquents, la femme ne peut plus rien garder. Elle entre à la clinique le 6 décembre. Malgré le traitement habituel institué, l'état général s'aggrave, la quantité des urines diminue, teinte subictérique des téguments, le pouls se maintient au-dessus de 100, on décide, le 13 décembre, l'interruption de la gestation.	Vivante
1910	286	II	23	»	Rien à signaler.	3e mois	Femme dont les D. R. datent du 24 au 27 novembre. Le 27 décembre 1909 marque l'apparition de troubles nerveux (suffocations, étourdissements) et vomissements. Après avoir consulté en ville (hamamelis et sinapismes), les vomissements augmentant, la malade entre à la clinique le 21 janvier 1910. La femme présentait une rétroversion utérine qui est réduite le 30 janvier. Malgré le traitement habituel institué, l'état général s'aggrave, les vomissements deviennent de plus en plus fréquents, les urines sont rares, le pouls se maintient de 106 à 110, céphalalgie; on décide le 1er février, l'interruption de la gestation.	Vivante
	576	IV	31	»	Vomissements, les trois premiers mois de la 1re gestation, pendant toute la 2e gestation, les six premiers mois de la 3e.	2e mois	Femme dont les D. R. datent du 25 au 30 décembre 1909. Vers la fin de janvier 1910, début des vomissements, quelques aliments sont conservés; peu à peu les vomissements augmentent en fréquence et en quantité, et rien ne peut être gardé, la femme est très agitée, énervée Elle consulte en ville (potion de Rivière, eau-de-vie allemande). Les vomissements persistent, la femme se décide à entrer à la clinique le 24 février. Le traitement habituel est institué, mais l'état général continue à s'aggraver. L'amaigrissement s'accentue : céphalalgie, urines rares, le pouls dépasse 100, on décide, le 1er mars, l'interruption de la gestation.	Vivante
	586	VI	34	»	Vomissements pendant les gestations ant. Trois interruptions thérapeutiques.	2e mois	Femme dont les D. R. datent du 4 au 8 février. Elle vomit depuis le début de mars et entre pour cette raison à la clinique, le 29 mars. Malgré le traitement habituel institué, l'état général s'aggrave, les vomissements sont incessants et deviennent noirâtres, hyperkinésie, le pouls irrégulier se maintient à 130, les urines sont très rares; on décide le 5 avril l'interruption de la gestation.	Vivante
	721	III	34	»	Rien à signaler.	3e mois	Femme dont les D. R. datent du 8 au 11 février. Les vomissements débutent vers le deuxième mois et s'accompagnent de céphalées violentes. La malade consulte en ville, une potion lui est ordonnée. Aucun résultat n'étant obtenu et les vomissements devenant de plus en plus fréquents, la malade entre à la clinique le 13 avril. Traitement habituel institué, l'état général s'aggrave, les symptômes augmentent d'intensité céphalalgie, bourdonnements d'oreilles), les urines sont rares et foncées, le pouls se maintient à 120; on décide, le 26 avril, l'interruption de la gestation.	Vivante
	840	II	28	Goitre exophtalmique	Vomissements pendant la première gestation.	4e mois	Femme dont les D. R. datent du 9 au 11 février. Aucune modification de la tumeur cervicale. Le 25 mars, les vomissements apparaissent immédiatement très fréquents, accompagnés de céphalalgie et de violente douleur épigastrique. La femme ne consulte pas Elle entre à la clinique le 29 avril; on constate de la dermatose autotoxique. Malgré le traitement habituel qui est de suite institué, l'état général s'aggrave, l'amaigrissement est rapide, les vomissements sont incessants, le pouls se maintient à 120; on décide, le 26 mai, l'interruption de la gestation.	Décédée
	938	II	30	Rougeole	Vomissements peu importants au début de la première gestation	3e mois	Femme dont les D. R. datent du 10 au 13 avril. Vomissements d'emblée fréquents le 15 mai avec céphalalgie. La femme ne consulte pas et entre à la clinique le 3 juin. Malgré le traitement habituel, l'état général continue à s'aggraver, l'amaigrissement est progressif, insomnies, ptyalisme, le pouls mal frappé est à 104; on décide, le 18 juin, l'interruption de la gestation.	Vivante
	1280	VI	32	Scarlatine à 5 ans Rhum. art. aigu	Vomiss. aux 4 prem. gestat. et graves à la 5e ayant nécessité l'interruption thérapeutique (Baud., 1909, obs. 1.039).	2e mois	Femme dont les D. R. datent du 15 au 19 juin. Le 1er octobre les vomissements commencent, la malade conserve alors quelques aliments, le 17 rien n'est plus conservé, elle va consulter un médecin qui lui conseille la diète lactée, puis le bouillon de légumes Le régime est suivi, les vomissements persistant, la femme entre à la clinique le 9 août. Le traitement habituel institué, l'état général s'aggrave, les vomissements augmentent d'intensité céphalalgie, bourdonnements d'oreilles), les urines sont rares et foncées, le pouls se maintient à 120; on décide, le 26 août, l'interruption de la gestation.	Vivante
	1634	II	31	flèvre typhoïde à 13 ans	Vomissents les premiers mois.	3e mois	Femme dont les D. R. datent du 1er juillet au début de septembre, les vomissements commencent, d'abord alimentaires, puis augmentent rapidement et rien n'est plus toléré. Un médecin appelé ordonne l'eau chloroformée, la potion de Rivière, les applications de glace au creux épigastrique. L'amélioration était nulle, la malade entre à la clinique le 20 octobre Malgré le traitement habituel, l'état général s'aggrave, les vomissements sont incessants, le pouls se maintient au-dessus de 100, on décide, le 26 octobre, l'interruption de la gestation.	Vivante
	1827	I	16	rougeole (enfance)	»	4e mois	Femme dont les D. R. datent du 5 au 11 août Les vomissements débutent au commencement de septembre et sont d'emblée très abondants (20 en vingt-quatre heures). Au bout de quelques semaines la malade consulte un médecin qui institue la diète hydrique absolue. L'amélioration est considérable, les vomissements cessent; l'alimentation étant reprise, les vomissements reapparaissent avec la même fréquence et la même abondance dès que l'alimentation est reprise. La malade entre à la clinique le 23 novembre. Malgré le traitement habituel, l'état général s'aggrave rapidement, les vomissements sont incessants, le pouls se maintient entre 100 et 110, la femme est très affaiblie; on décide, le 25 novembre, l'interruption de la gestation.	Décédée le 29 nov.
1911	836	I	22	»	»	3e mois	Femme dont les D. R. datent du 2 au 7 avril. Dès le 1er mai, les vomissements sont fréquents et s'accompagnent de céphalalgie, bourdonnements d'oreilles, troubles de la vue, malgré cela la femme ne consulte pas. Ces symptômes s'étant compliqués de ptyalisme abondant et de tendances syncopales, la femme entre à la clinique le 6 juin. Le traitement habituel est institué, mais l'état général s'aggrave rapidement, les urines sont rares, rougeâtres, le pouls irrégulier, très faible est à 108; on décide, le 16 juin, l'interruption de la gestation.	Vivante
	933	I	23	»	»	3e mois	Femme dont les D. R. datent du 11 au 14 avril. Dès le 28 mai, les vomissements, jusque-là rares, deviennent incessants, la malade entre à la clinique le 17 juin, ont continué avec la même fréquence Un médecin consulté avait ordonné : eau de Vichy, bouillon, crèmes et œufs. Malgré l'institution du traitement habituel, l'état général reste mauvais, les vomissements sont incessants. A partir du 4 juillet l'état général s'altère rapidement, les urines sont rares, tendances syncopales, sueurs froides, le pouls se maintient au-dessus de 110; on décide, le 6 juillet, l'interruption de la gestation.	Vivante
	1430 bis	I	24	»	»	2e mois	Femme dont les D. R. datent du 26 au 30 août. Le 29 septembre, les vomissements débutent et augmentent rapidement en fréquence et en quantité. Un médecin appelé soumet la femme à un régime liquide (tous les liquides dont elle a envie) et potion à la morphine et à la cocaïne. Les vomissements continuent à augmenter, la femme s'affaiblissant, elle entre à la clinique le 7 octobre. Le traitement habituel est institué, mais l'état général s'aggrave rapidement, les vomissements sont incessants, ptyalisme abondant, teinte subictérique des téguments, le pouls se maintient aux environs de 115; on décide, le 9 octobre, l'interruption de la gestation.	Vivante
1912	398	II	32	»	rien a signaler.	3e mois	Femme dont les D. R. datent du 10 au 14 janvier. Dès le 15 février, les vomissements sont d'emblée graves, survenant nuit et jour, ptyalisme très abondant. Le 22 février, elle s'alite, un médecin appelé conseille une alimentation légère et des cachets ? Les vomissements continuent et la malade ayant quelques pertes sanguines, elle se décide à entrer à la clinique le 19 mars. La femme est très anémiée, les muqueuses décolorées, les urines sont rares, foncées, sans albumine. Pouls 90. Traitement habituel. Le 23 mars, apparition des contractions utérines douloureuses, hémorragie abondante. Pouls 100-104. Injection vaginale à 50 degrés, l'hémorragie cesse, le 24 la femme expulse spontanément des débris ovulaires.	Vivante
	1120	I	25	»	»	5e mois	Femme dont les D. R. datent du 18 au 22 mars. Au milieu de juillet, les vomissements apparaissent et augmentent rapidement en fréquence et en quantité. La malade ne consulte pas et entre à la clinique le 24 août. Le traitement habituel est institué, l'état général est très grave, les vomissements continuels sont noirâtres, adynamie, la tension artérielle tombe à 8, échec de l'épreuve de l'eau par cuillerée à café qui ne put être tolérée, le pouls est à 120, on décide le 26 août, l'interruption de la gestation.	Décédée (28 août)
	1201 bis	I	21	»	»	3e mois	Femme dont les D. R. datent du 1er au 5 juillet Vers le 4 ou 5 août, nausées puis vomissements qui deviennent si fréquents qu'ils décident la malade à entrer à la clinique le 11 septembre; le traitement habituel est institué, mais l'état général s'aggravant rapidement, urines rares, menaces syncopales, pouls se maintenant aux environs de 120, l'interruption de la gestation est décidée le 12 septembre.	Vivante
	1251	I	34	»	»	3e mois	Femme dont les D. R. datent du 22 au 26 juin. Les vomissements apparaissent vers le 15 août succédant à des nausées. Un médecin appelé constate des traces d'albumine dans les urines prescrit le repos au lit et la diète hydrique, régime cessé le lendemain par la femme. Les vomissements allant en augmentant, la femme entre à la clinique le 21 septembre. Le traitement habituel est institué, mais reste inefficace, l'état général s'aggrave, l'état adynamique s'accentue, les urines sont très rares et albumineuses, le pouls est à 132, le 23 septembre on décide l'interruption de la gestation.	Vivante
	1305	I	25	»	»	3e mois	Femme dont les D. R. datent du 13 au 17 juillet. Dès le début de la gestation un malaise général apparaît, puis au bout d'une semaine, nausées, puis vomissements augmentant rapidement en fréquence et en quantité. Un médecin, appelé au début d'octobre, prescrit le repos au lit et la diète hydrique; mais l'état général s'aggravant, il adresse la femme à la clinique le 7 octobre. L'état général est très mauvais, teinte subictérique des conjonctives et des téguments, les urines sont rares, les vomissements sont incessants et noirâtres, le pouls faible atteint 116, l'asthénie considérable, l'interruption de la gestation est décidée le 7 octobre.	Vivante
	1318	IV	39	»	A présenté des vomissements dont la gravité allait en augmentant avec les gestations. Enfants nés à terme.	3e mois	Femme dont les D. R. datent du 9 au 14 juillet. Les vomissements qui ont commencé le 15 août deviennent de plus en plus fréquents, un médecin appelé ordonne le repos au lit et la diète hydrique, lavements au sérum glucosé, mais l'état général ne s'améliorant pas, il dirige la femme sur la clinique le 5 octobre. Malgré le traitement habituel institué, les vomissements continuent, les urines se font de plus en plus rares, le pouls se maintient au-dessus de 100, on décide, le 12 octobre, l'interruption de la gestation.	Vivante
1913	161	III	21	»	Rien à signaler.	2e mois	Femme dont les D. R. datent du 7 au 13 décembre, n'a jamais consulté, entre à la clinique le 31 janvier pour vomissements alimentaires et bilieux, qui se répètent de plus en plus, l'amaigrissement est très marqué, grande faiblesse; teinte subictérique des conjonctives. Le traitement habituel institué, les urines sont rares et foncées, le pouls monte à 120, l'interruption de la gestation est décidée le 2 février.	Vivante
	349 bis	II	29	»	Légers vomissements pendant la première gestation.	3e mois	Femme dont les D. R. datent du 6 au 12 janvier. Dès le 15 janvier, vomissements très fréquents d'emblée (11 en 24 h.), la femme ne peut plus rien prendre vers le 15 mars, ce qui la décide à entrer à la clinique le 30 mars. L'état général est très grave; les urines sont très rares et foncées, menaces syncopales, le pouls se maintient aux environs de 128; l'interruption de la gestation est décidée le 21 mars.	Vivante
	678	II	25	»	Interruption thérapeutique de la première gestation.	2e mois	Femme dont les D. R. datent du 15 avril A partir du 8 mai, nausées fréquentes, céphalalgie, douleur epigastrique, puis aux environs du 15 mai, vomissements rapidement graves pour lesquels la malade entre à la clinique le 3 juin, n'ayant jamais consulté avant. Le traitement habituel est institué, mais l'état général s'aggravant rapidement : vomissements incessants, accès de suffocation, urines rares et foncées, le pouls petit et irrégulier se maintient aux environs de 120; l'interruption de la gestation est décidée le 5 juin.	Vivante
1914	179	I	32	»	»	5e mois	Femme dont les D. R. datent du début d'octobre, commence à vomir vers le 20 janvier. Depuis le 1er février, rien ne peut être gardé. Elle entre à la clinique le 11 février. L'état général est très mauvais, les vomissements sont incessants et noirâtres, l'intolérance gastrique absolue, teinte subictérique des muqueuses et des téguments, urines très rares, le pouls oscille entre 100 et 110, vertiges; l'interruption de la gestation est décidée le 19 février.	Vivante
	965	I	25	»	»	3e mois	Femme dont les D. R. datent du 25 au 28 mai et dont les vomissements peu nombreux à la fin de juin ont rapidement augmentés en fréquence et en quantité. La malade qui n'a suivi aucun régime, entre à la clinique le 22 juillet Malgré le traitement habituel institué, les vomissements persistent, l'état général est très mauvais, le pouls se maintient au dessus de 100; l'interruption de la gestation est décidée le 1er août.	Vivante
	1730	I	29	»	»	2e mois	Femme dont les D. R. datent du 24 au 28 septembre. Dès le 15 octobre, début des vomissements pour lesquels elle va consulter en ville un médecin qui prescrit : potion de Rivière, lavements purgatifs et de serum, pas de régime alimentaire suivi. Pas d'amélioration. Elle entre à la clinique le 18 novembre. Malgré le traitement habituel institué, l'état général s'aggrave rapidement, les vomissements sont abondants, le pouls se maintient au-dessus de 100; l'interruption de la gestation est décidée le 20 novembre.	Vivante

N°	Parité	Age	Antécédents pathologiques	Gestations antérieures	Age de la gestation	AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE SE TRADUISANT PAR LE PASSAGE D'ALBUMINE DANS LES URINES		État de la femme à la sortie	FŒTUS				PLACENTA	
						Vomissements	Historique clinique de l'albuminurie	A la date de l'accouchement (1)	Sexe	État physique	Poids	Long.	Poids	Altérations
26	II	23	»	Pas d'album. signalée	8	Depuis le début de la gestat. après les repas jusqu'à fin déc.	Albumine constatée en ville par un médecin. La femme, qui ne peut fournir aucun renseignement précis, n'a pas suivi de traitement. Depuis la fin de déc. 1914 ne sent plus remuer.	6 janvier Il existe une grande quantité d'albumine dans les urines.	Vivante	F	Mort et macéré.	1.150	40	200	Très nomb. foy. hém. anciens et récents.
166	I	25	»	»	7	Nausées les trois prem. mois.	Femme n'ayant pas consulté pendant sa gestation. En janvier apparition d'œdème, céphalée, douleur épigastrique, depuis la fin de janvier ne sent plus remuer.	3 février Pas d'albumine dans les urines.	Vivante	F	Mort et macéré.	930	43	220	id.
250	I	20	Rougeole à 7 ans	»	8	Au troisième et quatrième mois et depuis 2 mois le matin.	Femme étant venue consult. pour la 1re f. à Baudelocque le 9 fév. A cette époque, albumine (quantité?) dans les urines. Enfant vivant Mais ne suit pas le régime lacté absolu conseillé. Incapable de préciser depuis quand elle ne sent plus remuer, femme en état de rétention.	18 février Pas d'albumine dans les urines.	Vivante	M	id.	2.100	50	350	Infarctus anciens.
298	I	26	»	»	7	Nausées jusqu'au 4e m.	Femme étant venue consult pour la 1re f. à Baudelocque le 26 janvier, ne sentant plus remuer depuis le 21 et ayant présenté les 2 mois précédents une céphalée très accusée et de l'œdème des membres inf.; à cette date on constate: montée laiteuse. Enfant mort Alb. en gr. quant. dans les urines.	26 février Albumine en légère quantité dans les urines.	Vivante		Expuls. œuf complet du poids 550 gr. Fœt. macéré.	»	»	»	Complètem. indur. Infarctus blancs.
314	I	20	»	»	9	»	Femme dont la gestation aurait été surveillée par une sage-femme qui n'aurait jamais constaté d'alb., pourtant le 28 fév. apparition de *crises éclamptiques* qui se répètent, de plus en plus rapprochées jusqu'à l'entrée à la clinique où l'on assiste à la 10e crise. Fœtus mort.	2 mars 2 gr. d'albumine dans les urines.	Vivante	M	Mort. Début de macération.	3.080	49	480	Nombreux infarctus blancs
347	V	29	Rougeole à 5 ans	Pas d'album. signalée	8	»	Femme n'ayant pas consulté malgré un écoulement sanguin persistant depuis le 2 mars.	7 mars *Hémorrag. rétro-placent.* Les urines se prenn. en bloc.	Vivante	F	Mort à l'entrée de la salle de travail.	1.980	44	330	Nulles.
625	I	22	»	»	8	»	Femme venue consulter pour la 1re fois à Baudelocque le 28 mars parce que depuis le 21 ne sent plus remuer. Œdème généralisé, céphalée persistante les 3 mois précédents. On constate: fœtus mort, montee laiteuse, pas d'alb. dans les urines. Œdème et céphalée ont disparu.	24 avril Pas d'albumine dans les urines.	Vivante	F	Mort et macéré.	1.700	»	320	Nombreux infarctus blancs
640	IV	40	Scarlatine à 24 ans	Deuxième. Acc. éclamptique. Mort du fœtus pendant le travail.	6	Pendant toute la gestation	Femme venue consulter régulièrement à Baudelocque depuis le 30 mars, œdème de la vulve et de la paroi abdom., traces d'alb. dans les urines. Régime lacté absolu, le 6 avril plus d'alb., régime blanc, enfant vivant; le 15 avril on constate de nouveau, une gr. quant. d'alb. dans les urines: auscultation nulle.	27 avril Plus d'albumine dans les urines.	Vivante	M	Mort et macéré.	1 270	»	180	Nombreux infarctus hém. récents
641	II	20	»	Alb. signalée (fœtus mort et macéré)	7	»	Femme étant venue consulter pour la première fois à Baudelocque le 10 avril. On constate: fœtus vivant, alb. dans les urines. Régime lacté absolu. Puis le 18 avril: fœtus vivant, nuage d'alb., le 26 avril perte de sang en abondance, admission à la clinique A l'examen: bouffissure de la face, œdème des paupières, 5 gr. d'alb. Auscultation nulle.	27 avril *Hémorrag. rétro-placent.* Grande quantité d'albumine dans les urines.	Vivante	F	Mort. Début de macération.	800	34	260	Nombreux infarctus blancs récents
655	I	30	»	»	7	»	Femme n'ayant jamais consulté malgré des troubles visuels et de la céphalée frontale et des pertes sanguines? ayant duré 2 jours.	30 avril Traces d'albumine dans les urines.	Vivante	M	Mort et macéré.	1.450	»	180	Infarctus blancs
693	IX	38	»	Alb. et accès éclamptiques à la 7e gest. (Enf. vivant)	7	Chaque soir dès le début de la gestation.	Femme n'ayant jamais consulté. En octobre, apparition de la céphalalgie, œdème des membres inf. de la face, insomnies. Le 30 mars ne sent plus remuer, les accidents disparaissent alors.	6 mai Pas d'albumine dans les urines.	Vivante		Expul. d'un œuf complet 1.010 gr. fœtus macéré	»	»	»	Induré et très nombr. infarctus blancs.
726	I	27	Rougéole de l'enfance	»	7	»	Femme n'ayant jamais consulté bien qu'ayant éprouvé pendant toute la durée de la gestation des céphalées, troubles de la vue, bourd. d'oreilles, douleur épigastrique. A l'entrée à la clinique le 12 mai, bouffissure de la face, œdème léger des membres inf. Alb. 1 gr. 50, auscultation nulle.	13 mai *Hémorrag. rétro-placent.* 1 gr. 50 d'albumine dans les urines.	Vivante	M	Mort et macéré.	1.530	42	390	Infarctus blancs
1047	II	34	»	»	8	»	Femme n'ayant jamais consulté, ne peut préciser depuis quand elle ne sent plus remuer. Fœtus mort le 8 juillet.	10 juillet 0 gr. 50 d'alb. dans les urines	Vivante	F	Mort et macéré.	2.800	49	320	Infarctus an et récents.
1137	I	23	Scarlatine	»	7	»	Femme ayant consulté un médecin pour œdème des membres inf. et douleurs épigastriques, la présence d'alb. ayant été constatée dans les urines, le régime lacté fut conseillé, mais pas suivi. Le 22 juillet apparition de troubles visuels et bourd. d'oreilles. Depuis ne sent plus remuer.	26 juillet Femme en état de rétention. 6 gr. d'albumine dans les urines.	Vivante	M	id.	1.380	40	380	Infarctus nombreux.
1424	II	23	Typhoïde à 11 ans	Pas d'alb. signalée	7	Au 3e mois	Femme n'ayant jamais consulté, dit ne plus sentir remuer depuis un mois.	22 septembre Femme en état de rétent. Albumine dans les urines.	Vivante	F	id.	780	»	130	Nombr. inf. anc. qq.-uns récents
1475	II	30	»	Alb. signalée	7	»	Femme ayant consulté un médecin pour céphalée, troubles de la vue, alb. constatée dans les urines. Régime blanc et lait en mangeant. Les troubles persistant, vient à la consultation à Baudelocque le 21 sept., fœtus mort, 3 gr. d'alb. dans les urines.	2 octobre Traces d'albumine dans les urines.	Vivante	F	id.	1.150	»	400	Nombreux infarctus blancs
1564	I	27	»	»	9	»	Femme venue consulter qu'une seule fois à Baudelocque le 1er sep.; pas d'alb. dans les urines, enfant vivant. Au début d'oct., céphalée, œdème considérable des membres inf. et paroi abdom., ne sent plus remuer depuis 8 jours.	23 octobre Femme en état de rétention. 1 gr. 50 d'albumine dans les urines.	Vivante	M	id?	3.100	50	350	Infarctus anciens et récents.
1657	IV	34	»	Pas d'alb. signalée	7	De juin en août	Femme n'ayant jamais consulté dit que son ventre depuis 15 jours a diminué de volume, montée laiteuse.	10 novembre Femme en état de rétent. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante		Expul. d'un œuf conten. fœtus macéré.				Rempli d'infarctus bl.
1681	I	40	»	»	8	»	Femme n'ayant jamais consulté, ne peut préciser depuis quand elle ne sent plus remuer.	13 novembre Femme en état de rétent. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante		Mort et macéré.	620	»	180	Infarctus bl. anciens et récents.
1719	V	33	»	Pas d'alb. signalée	8	Le premier mois	Femme venue consulter pour la première fois à Baudelocque le 13 nov. On constate: auscultation nulle, pas d'alb. dans les urines.	20 novembre Femme en état de rétent. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	M	id.	2.200	»	270	F. vers mult. d'hém. anc.
1770	IV	39	»	Pas d'alb. signalée	8	»	Femme ayant consulté une sage-femme pour œdème considérable des membres inf. et de la face, douleur épigastrique, etc., développement exagéré de l'utérus, l'examen des urines n'a pas été fait,, régime lacté conseillé. Vers la fin d'oct., diminution des œdèmes et de l'utérus, ne sent plus remuer.	30 novembre Femme en état de rétent. Pas d'alb. dans les urines. (G. Gémellaire).	Vivante	F F	id. id.	1.100 770	» »	390	Infarctus blancs anc. et récents.

1. Nous croyons utile de rappeler — comme nous l'avons expliqué au premier chapitre de ce travail — que, pour nous conformer scrupuleusement au sujet qui nous a été donné, nous n'avons conservé ici que les observations de femmes chez lesquelles la mort du fœtus a été constatée avant tout début de travail. Nous le répétons ici pour n'avoir pas à le reporter dans cette colonne à la date de l'accouchement pour chaque observation.

N°	Parité	Age de la femme	Antécédents pathologiques	Gestations antérieures	Age de la gestation	AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE SE TRADUISANT PAR LE PASSAGE D'ALBUMINE DANS LES URINES			État de la femme à la sortie	FŒTUS				PLACENTA	
						Vomissements	Histoire clinique de l'albuminurie	A la date de l'accouchement		Sexe	État physique	Poids	Long.	Poids	Altérations
321	XI	31	»	Alb. signal. à la 9e gestat. (fœtus mort et macéré).	7	»	Femme venue consulter pour la première fois, le 26 janv. à Baudelocque où l'on constate une certaine quantité d'alb. dans les urines. Le régime lacté absolu est conseillé, mais non suivi. Le 16 fév., fœtus mort, des traces d'alb. persistent dans les urines.	20 février 0,25 d'alb. dans les urines.	Vivante	F	Mort et macéré	910	38	200	Infarctus blancs
348	VII	43	Typhoïde à 22 ans.	Pas d'alb. signalée.	7	»	Femme venue consulter le 29 janv. parce qu'elle ne sent plus remuer. Auscultation nulle, pas d'alb. dans les urines, montée laiteuse.	24 février Femme en état de rétent. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	M	id.	960	»	190	Infarctus nombreux
384	III	35	»	id.	9	»	Femme venue deux fois consulter à Baudelocque en sept. et fev., mais nous n'avons aucun renseignement sur la façon dont le régime lacté conseillé a été suivi. Les 2 fois on constate de l'alb. dans les urines, œdèmes, douleur épigastrique.	2 mars Femme en état de rétent. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	M	id.	700	»	115	id.
464	VII	34	»	Alb. signal. à la 6e gestat. (enf. vivant).	9	»	Femme n'ayant jamais consulté bien qu'ayant eu de l'œdeme des membres inf.	13 mars Femme en état de rétent. Traces d'alb. dans les ur.	Vivante	M	id.	3.530	»	440	Nombreux et volumin. infarct.
569	I	27	»	»	7	»	Femme venue consulter pour la première fois, à Baudelocque, le 28 mars ne sentant plus remuer. Auscultation nulle. Albumine dans les urines.	30 mars Traces d'albumine dans les urines.	Vivante	F	id.	1.000	45	200	Infarctus multiples
617	V	35	»	Pas d'alb. signalée.	8	»	Femme dont la gestation n'a pas été surveillée, entre le 6 avril à Baudelocque parce qu'elle perd du sang et des caillots en gr. quantité : auscultation nulle, alb. dans les urines.	6 avril *Hémorragie rétro-placentaire.*	Vivante	M	Mort	1.800	»	270	Infarctus anciens et récents
728	IX	37	»	Alb. signal. apr. la 3e gest. (fœtus morts et macérés).	8	Dep. le début, cesse le 4e m., reprend le 6e m. inter.	Femme n'ayant pas consulté malgré œdème considérable des membres inf., céphalée frontale, troubles de la vue Vers la fin de mars les accidents s'atténuent spontanément, mais ne sent plus remuer, montée laiteuse.	25 avril Traces d'albumine dans les urines.	Vivante	M	Mort et macéré	1.110	»	250	Farci d'infar. anciens et nouveaux
774	III	36	»	Alb. signal. à la 2e gest. (enf. vivant).	6	»	Femme disant avoir consulté une sage-femme le 22 avril ne sentant plus remuer ; il n'y avait pas d'alb. dans les urines.	2 mai Femme en état de rétent. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	M	id.	800	»	110	Infarctus blancs
1415	I	21	»	»	8	»	Femme dont la gestation n'a pas été surveillée. Amenée à la clinique le 22 août dans le coma, a dans la journée *11 accès éclamptiques* qui ne se reproduisent plus dans la nuit. A l'examen : ausc. nulle, 1 gr. d'alb. dans les urines.	23 août Femme en état de rétent. 1 gr. d'alb. dans les urines.	Vivante	M	id.	1.400	»	400	Nombreux infar. ancien et récents.
1567	I	22	Rougeole à 14 ans.	»	8	Fréquents les 4 premiers mois.	Femme disant avoir consulté une sage-femme vers la fin de juillet pour œdème des membres inf., céphalée, douleur épigastrique. Après examen des urines le régime lacté absolu lui est conseillé Elle entre à la clinique fin août. Le 1er sept. 10 gr. d'alb. dans les urines. Régime lacté absolu. Le 3, mort du fœtus, l'alb. tombe à 1 gr. et le 19 il n'en persiste que des traces.	20 septembre Traces d'alb. dans les urines.	Vivante	F	id.	1.020	»	220	Pétri d'infar. blancs
1620	V	28	Rougeole à 5 ans.	Alb. signal. à partir de la 3e gest. (enf. vivant) 4e gest (fœt. macéré).	6	»	Femme venue consulter pour la première fois, à Baudelocque, le 14 mai, pas d'alb. dans les urines. On lui conseille de venir toutes les semaines. Elle revient 7 semaines après, on constate de l'alb. dans les urines, ainsi que les 14 juillet et 19 août. N'a pas suivi le régime lacté absolu qui lui était conseillé. Le 24 août, montée laiteuse, auscultation nulle.	17 septembre Traces d'albumine dans les urines.	Vivante	»	Expulsion d'un œuf complet 640 gr. (fœt. macéré).	»	»	»	»
1807	I	23	Rougeole, typh. à 11 ans	»	9	»	Femme n'ayant jamais consulté bien qu'ayant présenté des troub. visuels, de l'œdème des memb. inf, et des mains.	1er novembre Femme en état de rétent. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	M	Mort et macéré	1.830	46	200	Infarctus blancs
1836	IV	27	»	Pas d'alb. signalée.	6	Les 4 premiers mois.	Femme venue consulter plusieurs fois à Baudelocque, mais n'a pas suivi le régime lacté absolu qui lui avait été prescrit, les urines contenant 2 gr. d'alb. Elle est hospitalisée le 28 oct., elle a de la céphalalgie, troubles visuels ; elle est mise au régime lacté absolu, purgation. Le 30 oct., mort du fœtus, 2 gr. d'alb. Le 4 nov. montée laiteuse.	6 novembre 1 gr. 50 d'albumine dans les urines.	Vivante	M	id.	620	»	200	Infarctus
2017	I	28	»	»	8	Les 3 premiers mois. Epistaxis.	Femme n'ayant jamais consulté bien qu'ayant eu épistaxis, céphalée, douleur épigastrique, bouff. de la face. Ne sentant plus remuer depuis le 1er déc. elle vient à la clinique le 6, on constate : léger œdème des memb. inf., 6 gr. d'alb. dans les urines, fœtus mort.	8 décembre Femme en état de rétent. 2 gr. d'alb. dans les urines.	Vivante	F	id.	1.810	41	365	Foy. hém. anc. et 1 réc. volumineux
2025	XIV	49	Rhumatisme.	Pas d'alb. signalée.	6	Les 3 premiers mois.	Femme venue consulter pour la première fois à Baud. le 22 nov. pour céphalée violente, léger œdème des m. inf. crampes des mollets. Ausc. nulle, traces d'alb. dans les ur.	8 décembre Femme accouchée dans la rue.	Vivante	F	id.	550	36	150	Foyers hém
2087	I	20	Typhoïde à 20 ans.	»	7	Alimentair. pendant toute la durée de la gestation.	Femme disant avoir consulté à Broca pour ses vomissem., on ne lui aurait pas trouvé d'alb. dans les urines. Il y a 15 jours, céphalées intenses, douleur épigastrique, bouff. des paupières. Ne sent plus remuer depuis 8 jours.	20 décembre Femme en état de rétent. Pas d'albumine dans les urines.	Vivante	F	id.	1.000	40	200	Multipl. foy. hémorr. anciens
2115	II	26	Rougeole.	Alb. signal. (fœt. macéré).	7	»	Femme venue consulter à Baudelocque le 28 oct, fœtus vivant, pas d'alb. dans les urines. La femme ne consulte plus ; le 24 déc. elle vient consulter pour montée laiteuse, traces d'alb. dans les urines, fœtus mort.	25 décembre Traces d'albumine dans les urines.	Vivante	M	id.	1.830	39	360	Foyers hém. nombreux
2130	I	23	»	»	6	Au début	Femme venue consulter à Baudelocque pour la première fois le 11 déc. pour œdème généralisé, céphalée, crampes des mollets, troubles de la vue, ne sent plus remuer depuis 8 j. Auscul. nulle, alb. 7 gr. dans les urines. Entre à la clinique : traitement habituel, amendement des symptômes, montée	27 décembre 2 gr. 50 d'albumine dans les urines.	Vivante	M	id.	480	32	130	Farci de foy. hém. ancien et récents

AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE SE TRADUISANT PAR LE PASSAGE D'ALBUMINE DANS LES URINES

N°	Parité	Age de la femme	Antécédents pathologiques	Gestations antérieures	Age de la gestation	Vomissements	Histoire clinique de l'albuminurie	A la date de l'accouchement	État de la femme à la sortie	FŒTUS Sexe	État physique	Poids	Long.	PLACENTA Poids	Altérations
228	V	35	Scarlatine à 6 ans. Typh. à 8 ans.	Pas d'album. signalée	8	»	Femme ayant consulté pour la première fois à Baudelocque le 9 fév. On constate : œdème des membres inf., enfant vivant, alb. dans les urines. En quittant la clinique où elle refuse de rester, la femme perd du sang. Œdème considérable une heure après, bouffissure de la face, céphalalgie, auscultation nulle.	9 février *Hémorrag. rétro-placent.* Albumine dans les urines.	Vivante	F	Rigidité cadavérique.	1.750	45	340	Foyers hémorragiques.
245	II	44	»	Pas d'album. signalée	7	Pendant les 5 premiers mois	Femme venue consulter pour la première fois à Baudelocque le 4 janvier ne sentant plus remuer, montée laiteuse, pas d'alb. dans les urines, dit avoir présenté en décembre le cortège symptomatique de l'albuminurie.	12 février Femme en état de rétention. Pas d'albumine dans les urines.	Vivante	M	Mort et macéré	670	»	190	Foy. hém. anciens et récents.
315	I	26	»	»	9	»	Femme hospitalisée le 8 janvier à Baudelocque pour alb. dans les urines (7 gr. 50), n'avait pas consulté avant. Rég. lacté absolu, mais se cachait pour manger. 29 janv., fœtus mort.	23 février 0 gr. 25 d'albumine dans les urines.	Vivante	F	id.	1.250	38	250	Farci de foy hem. anciens et récents.
719	VII	31	Rougeole.	Pas d'album. signalée	9	»	Femme n'ayant jamais consulté. Examen le 7 mai : œdème des membres inf., fœtus mort, montée laiteuse accusée. Pas d'alb. dans les urines. A présenté depuis le mois de mars tout le cortège symptomatique de l'albuminurie.	7 mai Pas d'albumine dans les urines.	Vivante	M	id.	2.000	»	270	Nombreux foy. hém. anciens et qq.-uns nouv.
770	II	23	Rougeole.	Pas d'album. signalée	8	»	Femme venue consulter pour la première fois à Baudelocque le 15 avril. Examen : œdème considérable des membres inf., grande quantité d'alb. dans les urines, troubles de la vue, céphalalgie, douleurs épigastriques depuis 2 mois. Régime lacté absolu prescrit, mais n'est pas suivi (a refusé de rester au dortoir) 15 mai, fœtus mort, montée laiteuse.	16 mai 7 gr. d'albumine dans les urines.	Vivante	F	id.	1.470	45	320	Nomb. foy. hém. anciens et réc., quelques-uns très volumineux.
776	I	36	»	»	9	»	Femme venue consulter pour la première fois à Baudelocque le 14 mai ne sentant plus remuer depuis le 10 mai. Auscultation nulle, légères traces d'alb. dans les urines.	17 mai Femme en état de rétent. lég. tr. d'alb. dans les ur.	Vivante	F	id.	1.950	»	320	Nombr. foy. hém. anc.
894	V	28	»	Pas d'album. signalée	5	»	Femme n'ayant jamais consulté. Le 7 juin, douleur très vive dans l'abdomen, écoulement sanguin, elle est envoyée à la clinique où l'on constate : fœtus mort, utérus ligneux. 1 gr. 50 d'albumine dans les urines.	8 juin *Hémorrag. rétro-placent.* 1 gr. 50 d'albumine dans les urines.	Vivante	»	Expulsion d'un œuf complet.	»	»	»	
914	VI	29	Rougeole à 5 ans	Alb. signalée à la 2e gest. persiste aux autres (fœtus morts-mac.)	6	»	Femme venue consulter pour la première fois à Baudelocque pour œdème, céphalée, troubles de la vue le 6 mars. Albumine dans les urines. Ne suit pas le régime prescrit. Ne sentant plus remuer, revient à la clinique le 5 juin : auscultation nulle, montée laiteuse.	15 juin Pas d'albumine dans les urines.	Vivante	F	Mort et macéré	560	»	145	Farci de foy. hémor.
1095	II	23	»	Pas d'album. signalée	8	»	Femme ayant consulté à Michelet le 8 juillet pour céphalée, œdème des membres inf. et de la face, douleur épigastrique, la présence d'albumine dans les urines n'aurait pas été constatée à cette époque, fœtus vivant? Ne sentant plus remuer depuis le 11, entre à Baudelocque le 13. Auscultation négative, pas d'albumine dans les urines.	13 juillet Pas d'albumine dans les urines.	Vivante	M	Mort et macéré	1.560	46	470	Foyers hémorragiques anciens.
1331	II	19	Scarlatine	Pas d'album. signalée	7	»	Femme, bien que présentant au 5e mois de l'œdème des jambes, céphalée, troubles visuels, ne consulte pas. Le 21 août, *1er accès dit éclamptique*. Elle est amenée à Baudelocque. Auscultation nulle. Là, on assiste à de nombreux *accès convulsifs, 35 en 24 h*, urines boueuses impos à analyser.	22 août Pas d'albumine dans les urines.	Vivante	F	id.	1.840	»	360	Farci d'inf. anc. et nouveaux.
1603	I	23	»	»	8	»	Femme n'ayant jamais consulté, ne sent plus remuer depuis le début d'oct. En août et septembre, a présenté le cortège symptomatique de l'albuminurie.	13 octobre Femme en état de rétent. tr. d'alb. dans les urines.	Vivante	F	id.	1.320	24	210	Foy. hém. anciens.
1677	II	37	Typhoïde à 18 ans	Pas d'album. signalée	9	»	Femme venue consulter pour la première fois à Baudelocque le 18 oct. ne sentant plus remuer depuis le 12. A l'examen on const. : auscul. nulle, pas d'alb. dans les urines.	27 octobre Traces d'albumine dans les urines.	Vivante	M	id.	3.125	»	480	Foyers hém. anciens et récents.
1706	II	23	»	Id.	8	»	Femme venue consulter pour la première fois à Baudelocque le 31 oct. pour œdème des membres inf et de la face, douleur épigastrique, céphalée, troubles de la vue, ne sent plus remuer depuis le 20, congestion mammaire. A l'examen, auscult. nulle, 7 gr. d'alb. par litre dans les urines, admise à la clinique.	2 novembre 1 gr. d'albumine dans les urines.	Vivante	M	id.	1.070	»	320	Gros foyers hém. anciens et récents.
1726	I	24	»	»	9	»	Femme venue consulter pour la première fois à Baudelocque le 26 sept. A l'examen on trouve : fœtus vivant, pas d'alb. dans les urines. Vers le milieu d'oct. apparition d'œdème des membres inf. et qq. éblouis, mais ne consulte pas. Vient à la clinique le 4 nov. écoul. sang. ; enfant mort.	5 novembre *Hémorrag. rétro-placent.* Traces d'albumine dans les urines.	Vivante	F	Mort-né	2.480	44	450	Foy. hém. récent (gelée cassis) Caillots recueillis 380 gr.
1878	I	32	Fièvre typh. à 9 ans	»	8	»	Femme qui aurait consulté vers le 5e mois à l'Hôtel-Dieu pour œdème généralisé, de l'alb. aurait été trouvée dans les urines, régime lacté prescrit, mais non suivi. Vient pour la première fois à Baudelocque le 21 sept. On trouve 8 gr. d'alb. dans les urines. Gardée et soumise au régime des albuminuriques, cette femme quitte la clinique le 30 sept. Les urines contiennent encore 1 gr. d'albumine Peu après aurait constaté une montée laiteuse, n'a plus consulté.	29 novembre Femme en état de rétention. Traces légères d'albumine dans les urines.	Vivante	»	Expulsion d'un œuf complet de 975 gr.	»	»	»	»
1933	II	21	»	Pas d'album. signalée	7	»	Femme n'ayant jamais consulté, ne sent plus remuer depuis fin nov. après avoir présenté pendant deux mois le cortège symptomatique de l'albuminurie.	9 décembre Femme en état de rétent. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	F	Expul. œuf c. de 1.175 gr. (fœt. macéré).	»	»	»	Farci de foy. hém. anc. et récents.
1949	VII	27	»	Id.	8	»	Femme n'ayant jamais consulté, ne sentirait plus remuer depuis 12 jours, montée laiteuse.	11 décembre Femme en état de rétent	Vivante	M	Mort	1.850	»	300	Nomb. foy.

N°	Parité	Age de la femme	Antécédents pathologiques	Gestations antérieures	Age de la gestation	AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE SE TRADUISANT PAR LE PASSAGE D'ALBUMINE DANS LES URINES			FŒTUS				PLACENTA	
						Vomissements	Historique clinique de l'albuminurie	A la date de l'accouchement	Etat de la femme à la sortie	Sexe	État physique	Poids	Long.	Poids	Altérations
25	III	39	»	Pas d'album. signalée	8	»	Femme n'ayant jamais consulté bien qu'ayant eu des céphalées, troubles visuels, œdème généralisé, ne sent plus remuer depuis 8 jours, montée laiteuse depuis 5 jours.	4 janvier Femme en état de rétent. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	M	Mort et macéré	1.175	43	200	Nomb. foy. hém. anciens
361	I	24	Typhoïde à 11 ans	»	7	»	Femme venue consulter pour la première fois à Baudelocque le 14 fév. pour céphalées frontale, douleurs épigastriques, troubles de la vue, épistaxis, datant du 16 janv. et qui se sont accentués davantage à partir du 1er fév. et s'accompagnent d'œdème des membres infér. et de la face. A l'examen, on trouve : auscultation nulle, fluxion mammaire, 3 gr d'alb. dans les urines ; aucun régime n'avait été suivi.	27 février 0 gr. 50 d'albumine dans les urines.	Vivante	M	id.	750	»	180	Nombreux foyers hém. anciens et récents
378	I	21	»	»	8	»	Femme venue consulter pour la première fois à Baudelocque le 25 fév. ne sentant plus remuer et voyant son ventre diminuer de volume. A l'examen : auscultation nulle et certaine quantité d'alb. dans les urines.	1er mars Traces légères d'album. dans les urines.	Vivante	M	id.	1.300	»	180	Nombreux foyers hém. anciens et récents
512	III	32	»	Pas d'album. signalée	6	»	Femme n'ayant jamais consulté. Aurait eu vers janvier des troubles visuels, céphalées, œdème considérable, qui ont disparu depuis 15 jours ; elle n'aurait jamais perçu de mouvements actifs du fœtus, montée lait. environ 1 mois.	23 mars Femme en état de rétent. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	M	id.	450	»	110	Nombreux foy. hém. anciens
634	I	34	»	»	7	»	Femme disant avoir consulté une sage-femme le 25 janv. pour œdème presque généralisé, céphalées frontales, trouble de la vue ; une notable quantité d'alb. aurait été constatée dans les urines. Régime lacté absolu prescrit. Quelques jours après cette date cessation des mouv. actifs du fœtus.	12 avril Femme en état de rétent. 3 gr. 50 d'albumine dans les urines.	Vivante	F	id.	650	»	100	Foyers hémorragiques anciens
708	I	27	»	»	9	»	Femme n'ayant jamais consulté, ne sent plus remuer depuis le 19 avril, a présenté pendant 3 mois des signes d'auto-intoxication albuminurique.	24 avril Femme en état de rétent. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	M	id.	2.350	»	300	Foyers hémorragiques.
709	II	29	»	Pas d'album. signalée	8	»	Femme venue consulter pour la première fois à Baudelocque au début de mars. Une certaine quantité d'alb. est constatée dans les urines, enfant vivant ; régime lacté conseillé, mais pas suivi. Entre à la clinique le 18 avril, perdant du sang en grande quantité, céphalée, douleur épigast., bourd. d'oreilles, 2 gr. d'alb. dans les urines, régime lacté absolu. 23 avril, mort du fœtus.	24 avril 2 gr. d'albumine dans les urines.	Vivante	M	id.	1.050	»	170	Foyers hémorragiques.
918	IV	41	Rougeole à 3 ans	Pas d'album. signalée	8	»	Femme venue consulter à la clinique fin mai pour œdème des membres inf. et céphalée datant du début d'avril ; l'auscultation est nulle, fluxion mammaire, albumine dans les ur.	30 mai Femme en état de rétent. 2 gr. d'alb. dans les urines.	Vivante	F	Mort et macéré	1.100	38	170	Foyers hémor. anciens.
958	XI	42	Rougeole	Pas d'album. signalée	8	Les 4 premiers mois.	Femme n'ayant jamais consulté bien qu'ayant un œdème considérable des membres inf. et de la face. Le 7 juin, perdant du sang, est amenée à la clinique. L'auscultation est nulle, 5 gr. d'alb. dans les urines.	7 juin *Hémorrag. rétro-placent.* 5 gr. d'alb. dans les urines.	Vivante	M	Né en état de rigidité cadavérique.	2.350	48	850 avec caillots	Foyers hémor. nombr.
1037	I	30	Scarlatine	»	8	»	Femme entrée une première fois au dortoir du 9 au 26 mai pour albumine dans les urines, sort n'ayant plus d'alb. ; le 13 juin cette femme qui dit être restée au régime lacté absolu éprouve une vive douleur dans l'abdomen et se plaint de céphalée violente et douleur épigastrique. A l'examen on constate : auscultation négative, œdème assez considérable des membres inf., céphalée frontale, alb. dans les urines.	19 juin *Hémorrag. rétro-placent.* 2 gr. d'alb. dans les urines.	Vivante	F	Mort et macéré	1.500	45	420	Foyers hémorr. anc. et récents.
1043	I	33	Typhoïde à 10 ans	»	9	Aliment. et bil. jusqu'à la fin de la gest.	Femme disant avoir consulté un médecin au 4e mois pour vomissements et au 7e mois pour œdème des membres inf. et céphalée (quantité notable d'alb. dans les urines), le rég. lacté absolu prescrit chaque fois, n'a pas été suivi. Ne sentirait plus remuer depuis le 14 juin, fluxion mammaire.	20 juin Femme en état de rétent. Traces d'albumine dans les urines.	Vivante	M	id.	1.480	42	415	Nomb. foy. hém. anciens et récents.
1149	VI	29	»	Alb. sign. 4 pr. gest. avort. 5e gest. enf. vivant.	6	»	Femme n'ayant consulté un médecin qu'au 4e mois l'évolution de la gestation aurait été normale jusqu'au 8 juillet. A cette date, hémorragie subite. La femme entre à la clinique, fœtus mort.	9 juillet *Hémorrag. rétro-placent.* Albumine dans les urines.	Vivante	M	Mort	580	27	245	Nomb. foy. hém. anciens et récents.
1211	VII	30	Rougeole	Alb. sign. dep. la 2e gest. 3e gest. somm. à terme, 4e et 5e. Ex. fœtus mac. au 6e m. 6e, avort. 6e m.	7	»	Femme entrée au dortoir le 6 juillet pour alb. intense. Traitement habituel, l'alb. tombe de 3 gr. 25 à 2 gr. 10 juil. : auscultation nulle, montée laiteuse à partir du 14.	19 juillet Femme en état de rétent. Traces d'albumine dans les urines.	Vivante	M	Mort et macéré	980	39	175	Foyers hémorragiques anciens et récents.
1611	I	24	»	»	9	Les 3 premiers mois.	Femme ayant eu du 5e au 7e mois de sa gestation de violentes douleurs épigastriques, troubles de la vue, œdème des membres inf., ne vient consulter pour la première fois à Baudelocque que le 9 sept. A l'examen : enfant vivant, alb. dans les urines, régime lacté absolu, pas suivi. Ne sent plus remuer vers le 15 ; montée laiteuse quelques jours après.	20 septembre Femme en état de rétent. Pas d'albumine dans les urines.	Vivante	M	id.	2.500	»	320	Nomb. foy. hém. anciens et récents.
1644	I	40	»	»	8	»	Femme ayant eu de l'œdème généralisé, troubles de la vue, céphalée en avril ; un médecin consulté prescrit le régime lacté absolu. L'alb. ayant disparu, dit-elle, elle reprend son alimentation habituelle. Vient consulter à Baudelocque pour la première fois le 9 sept., puis le 14, on constate : fœtus vivant, 7 gr. d'alb. dans les urines, refuse de rester et ne suit pas les conseils donnés. Revient le 25, auscultation nulle, ne sentait plus remuer depuis le 20.	26 septembre Femme en état de rétent. 2 gr. albumine dans les urines.	Vivante	F	id.	1.400	29	240	Foyers hémorragiques anciens.
1857	I	27	Rougeole enf.	»	9	»	Femme ne consulte pas jusqu'au 8 oct. où elle est amenée à Baudelocque avec prodrome d'éclampsie, grande quantité d'alb. 7 gr., dans les urines. Etat amélioré le 10, quitte la clinique et n'y revient que le 1er nov. ayant eu de nouvelles *crises d'éclampsie*, fœtus mort, alb. dans les urines, les crises ne se sont pas renouvelées.	1er novembre 3 gr. d'albumine.	Vivante	M	id.	1.950	48	400	Foyers hémorragiques anciens.
1941	V	28	Rougeole	Pas d'album. signalée	6	»	Femme venue consulter pour la première fois à Baudelocque le 8 nov. pour céphalée intense et épistaxis, ne sent plus remuer depuis le début de nov. A l'examen, on constate : auscultation nulle, 3 gr. d'alb. dans les urines, est admise à la clinique, les troubles fonctionnels s'atténuent progressivement.	13 novembre Femme en état de rétent. 3 gr. d'albumine dans les urines.	Vivante	M	id.	760	»	125	Nomb. foy. hém. anciens
2198	I	22	»	»	9	»	Femme n'ayant jamais consulté bien qu'ayant eu des troubles de la vue, bourd. d'oreilles, douleur épigastrique, céphalée du 5e au 8e mois ; ces symptômes auraient surtout été marqués au 7e mois.	31 décembre Femme en état de rétent. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	M	id.	2.000	46	320	Nomb. foy. hém. anciens et récents.

N°	Parité	Age	Antécédents pathologiques	Gestations antérieures	Age de la gestation	AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE SE TRADUISANT PAR LE PASSAGE D'ALBUMINE DANS LES URINES			État de la femme à la sortie	FŒTUS				PLACENTA	
						Vomissements	Historique clinique de l'albuminurie	A la date de l'accouchement		Sexe	État physique	Poids	Long.	Poids	Altérations
61	II	34	»	Pas d'album. signalée	9	»	Femme consulte le 2 janv. un médecin, les urines examinées contiennent des traces d'alb., enfant vivant. Le régime lacté est prescrit, mais non suivi. Vers le 4 janvier, cessation des mouv. actifs du fœtus; montée laiteuse.	10 janvier Femme en état de rétent. Traces d'albumine dans les urines.	Vivante	F	Mort et macéré.	1.300	»	320	Farci de foy hém. anciens
124	VI	36	»	»	7	»	Femme ayant consulté à Saint-Antoine fin déc. 1908. Alb. dans les urines, le régime lacté absolu est conseillé, mais pas suivi. Ne sentant plus remuer, vient pour la première fois à Baudelocque le 19 janv.; on trouve à cette date: auscultation nulle, pas d'alb. dans les urines.	21 janvier Pas d'albumine dans les urines.	Vivante	F	id.	1.400	»	280	Multiples foyers hém anciens.
215	I	21	»	»	5	»	Femme consulte une seule fois, vers le 10 janv., un médecin pour céphalalgie frontale, douleur épigastrique, présence d'alb. dans les urines, régime lacté absolu prescrit, non suivi. Vers le 15 janv. montée laiteuse; ne sent plus remuer.	5 février Femme en état de rétention. Traces d'albumine dans les urines.	Vivante	M	id.	450	28	130	Id.
248	III	33	»	Pas d'album. signalée	9	»	Femme n'ayant jamais consulté bien qu'elle ait eu pendant 6 mois de la céphalée frontale violente, douleur épigastrique, troubles de la vue, œdème des membres inf.; ne peut dire depuis quand elle ne sent plus remuer.	10 février Femme en état de rétent. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	M	id.	2.450	48	350	Farci de foyers hém anciens.
290	V	39	»	Alb. signalée à la 7e gest. (fœt. macéré, les autr. viv.)	7	»	Femme n'ayant jamais consulté; ne sent plus remuer depuis le 20 janv., montée laiteuse.	17 février Femme en état de rétent. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	M	id.	1.000	39	370	Foyers hém anciens.
682	II	32	»	Pas d'alb. signalée	8	»	Femme venue consulter régulièrement à Baudelocque. Les 21 et 31 mars de l'alb. ayant été constatée dans les urines, le régime lacté absolu est prescrit, mais non suivi; auscult. bonne. La femme ne sentant plus remuer depuis 3 ou 4 jours, vient consulter à la clinique le 21 avril, l'auscult. est nulle.	24 avril Femme en état de rétent. Traces légères d'alb. dans les urines.	Vivante	M	id.	1.200	»	220	Nombreux foyers hém anciens.
1161	I	19	»	»	9	»	Femme n'ayant jamais consulté, vient au début de juillet consulter pour la première fois à Baudelocque ne sentant plus remuer dep. quelq. jours; ausc. nulle, traces d'alb. dans les ur	13 juillet Femme en état de rétent. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	M	id.	2.220	49	350	Foyers hém anciens.
1170	I	27	»	»	8	»	Femme dont la présence de l'alb. dans les urines aurait été constatée à Necker, lors d'un séjour pour accès de suffocation, régime lacté absolu. Après 3 semaines sort, les urines ne contiennent que des traces d'alb., elle reprend son alimentation habituelle, malgré les conseils donnés. Le 10 juil. apparaît de l'œdème des membres inf., vient alors consulter à Baudelocque où elle est admise: auscultation nulle, 10 gr. d'alb. par litre dans les urines.	15 juillet 3 gr. d'albumine dans les urines.	Vivante	M	id.	1.520	40	280	Foyers hém anciens.
1194	II	21	Scarlatine à 13 ans	Alb. signalée enfant à terme mort 14 h. après naissance	6	»	Femme n'ayant jamais consulté. Le 6 juin, perdant un peu de sang, elle appelle un médecin qui lui conseille d'entrer à l'hôpital. Elle reste chez elle, l'écoulement s'arrête après quelques jours pour reparaître le 20 juillet, abondant; la femme est admise à Baudelocque.	21 juillet *Hémorragie rétro-placent.* 3 gr. 50 d'albumine dans les urines.	Vivante	F	Mort	670	31	200	Foyers hém de tous les âges.
1202	III	29	Rougeole enf.	Pas d'alb. signalée	8	»	Femme n'ayant consulté une sage femme que le 17 juillet ne sentant plus remuer et montée laiteuse; elle aurait eu depuis mai, de la céphalée, des troubles visuels, œdème des membres inf., douleur épigastrique. L'auscultation aurait été nulle et de l'alb. dans les urines aurait été constatée.	23 juillet Femme en état de réten. Traces d'albumine dans les urines.	Vivante	F	Mort et macéré.	1.400	»	220	Foyers hém anciens.
1267	I	26	Rougeole	»	7	»	Femme venue seulement consulter pour la première fois à Baudelocque le 30 juillet ne sentant plus remuer et montée laiteuse. A cette date, on constate: auscul. nulle, notable quantité d'alb. dans les urines (3 gr.).	2 août 1 gr. 50 d'albumine dans les urines.	Vivante	F	id.	2.100	45	400	Id.
1817	II	37	»	Pas d'alb. signalée	8	»	Femme venue consulter à Baudelocque au début et au 4e mois de sa gestation. L'auscultation est bonne alors, pas d'alb. dans les urines. Malgré les recommandations faites et l'apparition d'œdème, de céphalée front. et de douleur épigastrique, n'est pas revenue consulter. Ne sent plus remuer depuis quelques temps?	11 novembre Femme en état de rét. Pas d'albumine dans les urines.	Vivante	F	id.	1.250	45	150	Id
1848	I	24	Scarlatine et rougeole enf.	»	9	»	Femme venue consulter à Baudelocque le 18 nov., envoyée du refuge, avenue du Maine pour alb. dans les urines. A l'examen, on constate: ausc. nulle, l'alb. a disparu.	18 novembre Femme en état de rét. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	F	id.	2.400	40	230	Foyers hém anciens et récents.
2011	IV	35	Typhoïde à 14 ans	Accès éclamptique à la 2e gestat. 2 et 3e gest. fœtus macér. 1er enf. vivant.	8	»	Femme dont la gestation semble avoir évolué normalement jusqu'au 5e mois, où elle va consulter à Bichat pour œdème des malléoles et des mains; on trouve de l'alb. dans les urines, on lui prescrit le régime déchloruré. Son état s'agg. vient consulter à Baudelocque pour la première fois le 19 nov A cette date, on constate: lég. bouff. de la face, œdème des malléoles et des mains, céph., 4 gr. d'alb: dans les ur. par lit. Traitement habituel suivi? Ne revient que pour accoucher.	15 décembre Femme en état de rétention. Traces d'alb. dans les urines.	Vivante	M	id.	860	»	220	Nombreux foyers anc
2051	VIII	39	»	Pas d'alb. signalée	5		Femme n'ayant jamais consulté. A présenté de l'œdème des membres inf. et vient pour la 1re fois à la consultation de Baudelocque le 10 déc. ne sentant plus remuer et montée laiteuse. A l'examen: auscultation nulle et alb. dans les ur.	22 décembre Femme en état de rét. Faible quantité d'album. dans les urines.	Vivante	F	id.	380	»	130	Foyers d'hém.

N°	Parité	Age de la femme	Antécédents pathologiques	Gestations antérieures	Age de la gestation	AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE SE TRADUISANT PAR LE PASSAGE D'ALBUMINE DANS LES URINES		État de la femme à la sortie	FŒTUS				PLACENTA	
						Vomissements	Historique clinique de l'albuminurie	A la date de l'accouchement		Sexe	État physique	Poids	Long.	Poids	Altération
66	I	39	»	»	9	»	Femme venue consulter pour la première fois à Baudelocque le 31 déc. 1909, ne sentait plus remuer, montée laiteuse. A l'examen on constate : ausc nulle, pas d'alb. dans les ur.	11 janvier Femme en état de rétent. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	M	Mort et macéré	2 350	»	320	Nombreu infarctu blancs
140	I	21	»	»	9	»	Femme venue consulter pour la première fois à Baudelocque le 16 janv , ne sentait plus remuer. montée laiteuse. A l'examen, on constatée : ausc.nulle.traces d'alb. dans les ur.	23 janvier Femme en état de rétent. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	F	id.	2 830	50	250	Foy. hér anc. et ré
222	I	34	»	»	8	»	Femme qui aurait eu vers le 20 janv *3 accès convulsifs*, consulte quelques jours plus tard à la Maternité; de l'alb. est constatée dans les urines, le régime lacté absolu est conseillé. Ne peut préciser depuis quand elle ne sent plus remuer.	6 février Femme en état de rétent. Traces d'alb. dans les ur.	Vivante	M	id.	1 010	»	220	Foyers hé
233	IV	33	»	Albumine à la 3e gestat.	9	»	Femme n'ayant jamais consulté. Ne peut dire depuis quand elle ne sent plus remuer. A l'entrée à Baudetocque, œdème des jambes ayant diminué depuis la mort du fœtus ; à cette même époque, disparition des céphalées et douleur épigast.	7 février Femme en état de rétent. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	F	id.	1.900	»	250	Nombreu foyers an
335	I	30	»	»	9	»	Femme venue consulter régulièrement à partir du 27 janv. à Baudelocque ; de l'alb. (variant de 2 gr. 50 à 1 gr.) a été constatée dans les urines, prétend avoir suivi le régime lacté absolu prescrit. 14 fév. mort du fœtus, 21 fév. montée lait.	23 février Femme en état de rétent. 1 gr. d'alb. dans les urines.	Vivante	M	id	1.650	»	300	Foy. hém anc. et ré
485	I	25	Rougeole.	»	6	»	Femme entrant à la clinique, sur les conseils d'un médecin, le 21 mars, pour pertes de sang abondantes ayant débuté le 20. A l'examen, on constate : auscultation négative, traces d'alb. dans les urines.	21 mars *Hémorrag. rétro-placent.* Traces d'albumine dans les urines.	Vivante	F	Mort	670	34	300	400 gr. d caillots
620	VII	36	»	Alb. signal. à toutes les gest. 4 enfants viv., 2 morts, nés à terme.	9	»	Femme n'ayant jamais consulté bien qu'ayant eu il y a env. 1 mois de l'œdème et cépnalées. Le 11 avril, hémorragie assez abondante nécessitant son admission, fœtus mort.	12 avril *Hémorragie rétro-placentaire.* 1 gr. 50 d'albumine dans les urines.	Vivante	M	Mort et macéré	2.950	47	440	Foyer hém anciens
638	I	26	»	»	7	Le matin à jeun pendant toute la durée de la gestat.	Femme n'ayant jamais consulté bien qu'ayant présenté vers la fin de sa gestation des céphalées violentes, troubles visuels. Le 14 avril à son entrée à la clinique : auscultation nulle, traces d'alb. dans les urines.	15 avril *Hémorragie rétro-placentaire.* Traces d'albumine dans les urines.	Décédée	M	id.	850	35	270	Nombreu foyers hé anc. et ré
685	II	28	Rougeole enf.	Pas d'alb. signalée.	8	»	Femme dont la gestation a évolué normalement jusqu'au 20 mars. A cette date, douleur épigastrique et apparition d'œdème des membres inf. et céphalée. Une sage-femme constate de l'alb. et conseille le régime lacté qui n'est pas suivi. L'état s'aggravant elle entre à Baudelocque le 29 mars, albumine dans les urines (5 à 7 gr.) régime habituel. Le 1er avril, fluxion mammaire, auscultation nulle, les symp. s'amendent depuis.	22 avril Femme en état de rétent. 0,50 d'alb. dans les urines.	Vivante	M	Mort et macéré	720	»	200	Foy. hém anc. et ré
710	I	26	»	»	7	»	Femme venue consulter à Baudelocque pour douleur au creux épigastrique, œdème des membres inf.; céphalée. Une notable quantité d'alb. est trouvée dans les urines. Régime lacté absolu prescrit, mais n'est pas suivi régulièrement. Ne sentirait plus remuer depuis 15 jours, montée laiteuse.	27 avril Femme en état de rétent. Traces d'albumine dans les urines.	Vivante	F	id.	300	»	100	Foy. hém anciens
1099	I	26	»	»	8	quelq. fois les pr. mois	Femme amenée à la clinique le 7 juillet par un médecin qu'elle consulte pour la première fois depuis le début de sa gestation à cause d'un œdème généralisé considérable, rendant la marche impossible, apparu vers le 5e mois. A l'exam. à cette date, on constate : auscultation nulle, 7 gr. par litre d'alb. dans les urines.	17 juillet Femme en état de rétent. 0,25 d'alb. dans les urines.	Vivante	F	id.	1.030	»	300	Foy. hém anc. et ré
1141	I	22	»	»	7	»	Femme venue consulter à Baudelocque dans le cours du 6e mois. De l'alb. ayant été trouvée dans les urines, le régime lacté absolu est prescrit, mais n'est pas suivi. Le 21 juillet ne sent plus remuer, fluxion mammaire.	25 juillet Femme en état de rétention. Traces d'album. dans les urines.	Vivante	»	Expulsion d'un œuf complet de 940 gr. (fœt. macéré).	»	»	»	Foyers hé
1480	IV	35	»	Traces d'album. signalée à la 3e gestat. (fœt. macéré).	7	»	Femme n'ayant jamais consulté malgré cortège symptomatique complet de l'albuminerie.	28 septembre Femme en état de rétention. 1 gr. d'albumine dans les urines.	Vivante	F	Mort et macéré.	825	37	200	Foy. hém anc. et ré
1510	I	19	»	»	7	»	Femme venue consulter pour la première fois à Baudelocque le 23 sept. pour léger œdème, bouffissure de la face, céphalée, vertiges, troubles visuels, bourd. d'oreilles. A l'examen, auscultation nulle, 6 gr. d'alb. dans les urines ; est admise à la clinique.	3 octobre Femme en état de rétention. 2 gr. d'albumine dans les urines.	Vivante	M	id.	1.510	45	230	Foy. hém anciens
1591	I	30	Rougeole enf.	»	9	»	Femme n'ayant jamais consulté, ne peut donner aucun renseignement sur le moment où elle n'a plus senti remuer. A l'entrée : ausc. nulle, pas d'alb. dans les urines (20 oct.).	21 octobre Femme en état de rétent. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	F	id.	1.300	38	170	Foy. hém anciens
1606	II	30	Scarl. 12 ans Roug. 19 ans	Pas d'alb. signalée.	7	»	Femme venue consulter pour la première fois à Baudelocque le 18 oct. ne sent plus remuer. A l'examen, on trouve : auscultation nulle. alb. dans les urines.	23 octobre Femme en état de rétent. Traces d'alb. dans les urin.	Vivante	»	Expul. d'un œuf complet de 530 gr.	»	»	»	Farci de fo hém. ancie
1779	IV	25	»	Pas d'alb. signalée.	8	»	Femme n'ayant jamais consulté pendant sa gestation, malgré le cortège symptomatique de l'alb. qu'elle a présenté.	21 novembre Femme en état de rétent. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	M	Mort et macéré.	900	»	200	Farci de fo hém. ancie

ANNÉE 1911

N°s	Parité	Age de la femme	Antécédents pathologiques	Gestations antérieures	Age de la gestation	AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE SE TRADUISANT PAR LE PASSAGE D'ALBUMINE DANS LES URINES			État de la femme à la sortie	FŒTUS				PLACENTA	
						Vomissements	Historique clinique de l'albuminurie	A la date de l'accouchement		Sexe	État physique	Poids	Long.	Poids	Altérations
6	VII	32	Scarlatine	Alb. signalée. Enf. à terme 4 viv., 2 morts entre 1 et 4 a.	9	»	Femme venue consulter pour la première fois seulement le 27 déc. 1910. A l'examen, à cette date, on constate : œdème généralisé des membres inf., sup. et de la face dont le début remonte à env. 1 mois : auscultation nulle, 4 gr. par l. d'alb. dans les ur., est admise à la clinique, 31 déc. montée laiteuse.	1er janvier 2 gr. 50 d'albumine dans les urines.	Vivante	F	Mort et macéré	1.350	»	250	Albuminurique
10	III	29	Typhoïde à 15 ans	Pas d'album. signalée	8	»	Femme n'ayant jamais consulté pendant sa gestation bien qu'ayant eu de la céphalalgie, troubles de la vue, douleur de Chaussier, léger œdème mall. le soir. Pas de montée laiteuse, mais les mouvem. actifs du fœtus ne sont plus perçus.	3 janvier Femme en état de rétent. Examen des urines impossible.	Vivante	M	id.	920	34	180	Nomb. foy. hém. anciens. Placenta entièr. détruit.
125	I	23	»	»	8	»	Femme venue consulter pour la première fois à Baudelocque, le 23 janv. ne sentant plus remuer, montée laiteuse, céphalalgie et œdème. A l'examen, on constate : auscultation nulle, alb. dans les urines.	26 janvier Léger nuage d'albumine dans les urines.	Vivante	F	id.	1 060	38	340	Foy. hém. anc. et rec. Trace de cupule, caillots.
216	I	23	»	»	8	»	Femme dont la gestation aurait été suivie par un médecin à la suite *d'une crise éclamptique* survenue le 1er janv. Régime lacté absolu les urines contenant de l'alb. Depuis ce jour céphalées violentes, troubles de la vue, douleur epigastrique, œdème des membres inf. et de la face, vomissements. Pas de nouvelle crise convulsive, mais depuis n'aurait plus senti remuer. A l'examen, à son entrée à Baudelocque le 5 fév., on constate : auscult. nulle, 4 gr. par l. d'alb. dans les ur.	12 février Pas d'albumine dans les urines.	Vivante	F	id.	870	12	240	Foyers hémorragiques anciens.
233	IX	34	»	Pas d'album. signalée	5	»	Femme venue consulter pour la première fois à Baudelocque le 30 déc. 1910. A l'examen : fœtus vivant, alb. dans les urines, régime lacté absolu prescrit, mais pas suivi. Même constatation le 6 janv. Le 13 janv. auscultation nulle, disparition de l'alb. dans les urines.	15 février Femme en état de rétention. Pas d'albumine dans les urines.	Vivante	»	Expulsion d'un œuf complet (en 1 temps) de 430 gr.	»	»	»	»
666	IV	32	Scarlatine à 17 ans	Pas d'album. signalée	7	Bilieux à son entrée à la salle de travail	Femme venue consulter à Baudelocque le 6 fév. et le 6 mars rien d'anormal. Le 13 mai, violente hémorragie nécessitant son transport à la clinique. A l'examen : P. 80, ausc. nulle (n'aurait plus senti remuer depuis le 12), alb. dans les urines.	14 mai *Hémorrag. rétro-placent.* Pas d'albumine dans les urines.	Vivante	M	Mort et macéré	1.530	40	390	Zone env. farcie de foy. hém. anciens.
1225	VI	29	»	Pas d'album. signalée	9	Toute la durée de la gestat.	Femme n'ayant jamais consulté malgré de l'œdème des membres inf. et de la face, de la céphalée et des vom. interm. Ne peut préciser depuis quand elle ne sent plus remuer.	29 août *Hémorrag. rétro-placent.* Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	F	id.	2 030	44	475	Foyers hém. anciens et récents.
1331 bis	II	29	»	»	6	»	Femme ayant consulté à Baudelocque le 11 sept., grande quant. d'alb. dans les urines, le régime lacté absolu est prescrit. Arrive dans le coma à la clinique le 16 sept. et l'on assiste à *19 crises subintrantes éclamptiques* ; 10 gr. par litre d'alb. dans les urines. Les bruits du cœur fœtal disparaissent. Mort de la femme.	»	Morte	»	id.	»	»	»	»
1736	II	24	»	Pas d'album. signalée	7	»	Femme venue consulter plusieurs fois à Baudelocque. Chaque fois, la présence d'alb est constatée dans les urines et le régime lacté absolu est prescrit, mais n'est pas suivi. Ne vient plus depuis 2 mois bien que ne sentant plus remuer.	10 décembre Femme en état de rétent. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	M	Mort et macéré	600	»	120	Foy. hém. anciens.

N°	Parité	Age de la femme	S URINES	État de la femme à la sortie	FŒTUS				PLACENTA	
			Idate chement		Sexe	État physique	Poids	Long.	Poids	Altération
176	III	37	rier *rétro-placent.* oumine dans	Vivante	M	Mort-né	2.900	48	479	Foyers hér anciens e récents. 2 cupules
572	II	42	nai tat de réten. ine dans les	Vivante	M	Mort et macéré.	2.300	»	500	Nombreux foyers
634	III	27	nai état de rét. ne dans les	Vivante	M	id.	2.020	45	370	Foyers her anciens.
799	II	28	illet massive dans	Vivante	M	Mort début macér.	2.300	»	500	Nombreu foyers hér anciens et récents
885	I	23	oût tat de rétent. ine dans les	Vivante	F	Mort début macér.	2.000	48	370	Nombreux foyers hér anciens et récents
995	I	19	Août tat de réten. ine dans les	Vivante	F	Mort et macéré.	1.800	»	420	Foyers hér anciens.
1318	IX	34	embre se prennent	Vivante	F	Mort et macéré.	620	»	220	Nombreux foyers hém anciens et récents
1468	I	25	mbre	Décédée le 24 déc.	F	Mort et macéré.	1.780	»	350	Foyers hém

ANNÉE 1912

N°	Parité	Age de la femme	Antécédents pathologiques	Gestations antérieures	Age de la gestation	AUTO-INTOXICATION GRAVIDIQUE SE TRADUISANT PAR LE PASSAGE D'ALBUMINE DANS LES URINES			FŒTUS				PLACENTA	
						Vomissements	Historique clinique de l'albuminurie	A la date de l'accouchement	État de la femme à la sortie	Sexe	État physique	Poids	Long.	Poids	Altérations
27	I	25	»	»	8	»	Femme dont la gestation a été régulièrement suivie. Traces d'alb. dans les urines le 4 déc. Aug. de l'alb. consult. du 14 déc. Le régime lacté a toujours été prescrit, mais non suivi. Le 24 déc. auscult nulle.	6 janvier Femme en état de rétent. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	F	Mort et macéré.	1.120	40	130	Foyers hém. anciens et récents
191	V	36	»	Pas d'alb. signalée.	8	»	Femme venue consulter 3 fois à Baudelocque pendant sa gest. pas d'alb. dans les urines; elle n'aurait pas signalé un léger œdème des membres inf., troubles de la vue, épistaxis. Au refuge de l'avenue du Maine, on remarque de la bouffissure de la face, alb. dans les urines. Entre à la clinique pour pertes de sang, fœtus mort.	8 février *Hémorrag. rétro-placent.* Alb. (quantité ?) dans les urines.	Vivante	F	Mort non macéré.	2.350	»	320	Nombr. foy. hém. anc. et récents
404	II	24	Scarlatine à 10 ans	Alb. signal. (fœt. macéré).	9	»	Femme venue consulter plusieurs fois à Baudelocque; alb. signalée dans les urines, mais n'aurait suivi aucun régime N'a plus senti remuer depuis le 15 mars, montée lait. 2 j. après.	26 mars Femme en état de rétent. Albmine dans les urines.	Vivante	M	Mort et macéré.	1.920	»	370	Foy. hém. anciens et récents.
461	IV	30	Typhoïde à 15 ans	Alb. signal. à la 3e gestat. (fœt. macéré).	9	»	Femme venue consulter plusieurs fois à Baudelocque pour céphalée frontale, troubles visuels, léger œdème des memb. inf.; une grande quantité d'alb. est constatée dans les urines, le régime lacté absolu est prescrit, mais non suivi ne sent plus remuer depuis fin mars, montée laiteuse.	7 avril Femme en état de rétention. Nuage d'albumine dans les urines.	Vivante	M	id.	1.650	»	250	Très nomb. infarctus blancs
631	I	18	»	»	8	»	Femme venue consulter pour la première fois à Baudelocque le 27 avril. A l'examen : enfant vivant, grande quant. d'alb. dans les urines. Le 6 mai, elle entre à la clinique où elle est soumise au trait. des albuminuriques. De 5 gr. l'alb. tombe à l'état de traces. Le 12 mai, l'auscult. est nulle.	14 mai Femme en état de rétention. Traces d'albumine dans les urines.	Vivante	M	id.	1.480	45	280	Nombreux foy. hém. anciens
836	I	27	Rougeole.	»	9	»	Femme venue consulter tous les 8 jours à Baudelocque, chaque fois de l'alb., ayant été constatée dans les urines, le régime lacté absolu fut prescrit, mais jamais suivi. Le 29 juin montée laiteuse.	2 juillet Femme en état de rétention. Albumine dans les urines.	Vivante	M	id.	1.400	37	230	Foyers hémorragiq. anciens
895	I	17	»	»	9	»	Femme n'ayant jamais consulté, est admise à la clinique le 10 juillet à 15 h., auscultation nulle, alb. dans les urines. A 22 h., 1re *crise éclamptique*, durée 2 m., à 22 h. 40 et à 23 h. 20, 2e et 3e crise d'une même durée. Le 11 juillet début de travail, 4e accès à 2 h. 10 et à 3 h. 30, 5e accès.	11 juillet Albumine abondante dans les urines.	Vivante	M	Mort-né	2.500	»	420	Foyers hémorragiq. multiples
1008	V	44	Deux accès rhumatisme art. aigu	Pas d'album. signalée	9	Continus	Femme ayant consulté une sage-femme au 5e et 7e mois, rien d'anormal. Le 27 juillet début d'une céphalalgie violente, vomissements toute la nuit, douleur abdominale et lombaire. Une sage-femme constate que la femme n'est pas en travail. Le 28 juillet à 8 h. 1re *crise éclamptique*, puis à 11 h.; un médecin appelé la dirige sur Baudelocque. A l'examen : grand abattement, bouffissure de la face, céphalgie intense, enfant vivant, 10 gr. par lit. d'alb. dans les urines Traitem. habituel. Plus de crises les jours suivants, amélioration de l'état général, alb. tombé à 0 gr. 50, mais on constate la mort du fœtus.	6 août Femme en état de réten. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	F	Mort et macéré	2.330	48	330	Infarctus
1391	IV	29	Rougeole.	Pas d'album. signalée	6	»	Femme n'ayant jamais consulté malgré tout le cortège sympt. habituel de l'alb. Ne sent plus remuer depuis 3 ou 4 j.	3 novembre Femme en état de réten. Pas d'alb. dans les urines.	Vivante	F	id.	920	»	280	Foyers hémorragiq. anc. et réc.
1573	I	22	»	»	7	Nausées les premiers mois	Femme venue consulter pour la première fois à Baudelocque le 10 déc. pour œdème des membres inf. et bouffi. de la face survenus depuis quelques jours, les urines examinées se prennent en masse. Malgré les conseils qui lui sont donnés, elle refuse de rester à la clinique. *Deux crises convulsives* du 10 au 11 déc. Le 11 déc. la femme est amenée dans le coma à 21 h. à la clinique. A l'examen, on constate : auscultation nulle, urines noires se prenant en masse. De son admission à l'accouchement 5 crises d'une durée de 20 m.	12 décembre Urines se prenant en masse.	Morte le 14 déc.	F	Mort début macération	1.400	43	210	Nombreux foyers hém. anc. et réc.

CHAPITRE III

Étude des observations où la mortinatalité est causée par les vomissements à caractères graves

---

Que la mortinatalité ait été causée par des vomissements à caractères graves ou par l'albuminurie gravidique, il nous a paru intéressant de faire une étude d'ensemble de tous les faits cliniques, physiologiques ou pathologiques qui ont accompagné l'évolution des gestations résumées dans les tableaux que l'on vient de lire, pour voir s'il est possible d'en tirer, au sujet de la mortinatalité quelque indication nouvelle de chacun des faits qu'ils comportent.

Cette étude ne pouvant se faire qu'en deux chapitres nettement séparés pour deux sujets aussi différents, nous commençons d'emblée l'analyse de nos observations concernant les vomissements.

A. — *Analyse des conditions cliniques, physiologiques et pathologiques au milieu desquelles ont évolué ces gestations.*

Au total nous relevons dans le tableau intitulé « vomissements à caractères graves » 43 observa-

tions dans lesquelles les femmes étudiées au point de vue de la parité se répartissent en :

Dix-sept primipares. Vingt-six multipares, dont 12 II-pares, 6 III-pares, 4 IV-pares, 2 V-pares et 2 VI-pares.

Donc, en tenant surtout compte du nombre très sensiblement inférieur de primipares qui, pendant ce laps de temps, se sont présentées à la Clinique Baudelocque, il y a une différence notable en faveur des primipares et des secondipares. Ce résultat ne peut pas nous surprendre ; il est parallèle à celui des plus récentes statistiques, en particulier de celles de M. Gerst. En effet, si nous trouvons une plus grande mortalité chez les primipares et les secondipares que chez les autres multipares, M. Gerst a prouvé que les vomissements gravidiques sont plus fréquents chez les primipares et secondipares que chez les grandes multipares.

L'étude de la parité se complète par l'étude de l'âge que présentaient ces femmes au moment de la gestation qui nous intéresse. C'est ce point que nous allons étudier maintenant. Là, nous constatons que :

Une I-pare était âgée de seize ans. Quatorze I-pares et 14 multipares, dont 8 II-pares, 5 III-pares et 1 IV-pare étaient âgées de vingt à vingt-neuf ans.

Deux primipares et 11 multipares, dont 3 II-pares, 2 III-pares, 3 IV-pares, 2 V-pares et 2 VI-pares, étaient âgées de trente à trente-neuf ans.

C'est dire qu'il ne nous est pas possible de tirer aucune conclusion de l'âge, au sujet de la mortina-

talité, toutes nos gestations se répartissant normalement entre des âges normaux.

Passons à l'étude des antécédents pathologiques signalés dans chacune de ces observations.

Nous constatons d'abord que chez 16 primipares et 17 multipares, dont 6 II-pares, 5 III-pares, 4 IV-pares, 1 V-pare et 1 VI-pare, l'état de santé avait toujours été parfait jusqu'au moment où s'est produit la grave auto-intoxication, ayant causé la mort du fœtus et trop souvent aussi celle de la mère.

A côté nous trouvons seulement un fièvre scarlatine chez : 1 I-pare, 1 V-pare et 1 VI-pare, une fièvre typhoïde chez : 2 II-pares et 1 III-pare.

Une rougeole chez : 1 I-pare et 2 II-pares.

Des crises de rhumatisme articulaire chez 1 V-pare et 1 VI-pare.

Un goître exophtalmique chez 1 II-pare.

Ces résultats sont en entière conformité avec ce que le professeur Pinard a si nettement établi au sujet des auto-intoxications que nous étudions. Ce sont des maladies gravidiques à proprement parler, qui forment une entité au même titre que la pneumonie ou la fièvre typhoïde, maladies indépendantes de toute tare organique antérieure, et qui révèlent seulement, devant la suractivité que lui impose la gestation, la défaillance de l'organisme maternel, quand ce dernier n'est pas étroitement surveillé et soigné dès que se manifestent les premiers symptômes de l'intoxication.

Évidemment ces sympômes peuvent énormément

varier, depuis les légers malaises qui ont été dits symptomatiques de la gestation jusqu'à l'imprégnation profonde qui provoque la mort du fœtus. Mais, dans tous les cas, l'intoxication qui se traduit par des vomissements reste bien une maladie indépendante, et, nos observations prouvent aussi que, dans les vomissements gravidiques, ce n'est aucune tare antérieure qui donne à ces vomissements leur gravité, cause de la mortinatalité.

Immédiatement après les antécédents pathologiques, il est intéressant d'étudier les antécédents obstétricaux des multipares que comprend notre travail. Et, cette étude est rendue d'autant plus intéressante, par le fait que beaucoup de ces femmes étaient des « clientes attitrées » de la clinique Baudelocque, où non seulement elles étaient déjà venues accoucher antérieurement, mais où ces gestations avaient été suivies.

Nous rappellerons d'abord que sur les 43 observations de ce travail qui se sont terminées par la mort du fœtus, 17 ont trait à des primipares.

Sur les 26 qui concernent des multipares, chez 6, dont 2 II-pares et 4 III-pares, il ne s'est produit aucun vomissement au cours des gestations antérieures.

Chez 13, dont 7 II-pares, 1 III-pare, 3 IV-pares et 2 V-pares il n'y a eu que des vomissements légers, principalement comme cela arrive le plus fréquemment, pendant les quatre ou cinq premiers mois de ces gestations.

Enfin, chez 7 dont 3 II-pares, 1 III-pare, 1 IV-pare et 2 VI-pares, il y a déjà dans les antécédents des vomissements à caractères graves ayant causé la mort du fœtus.

Ces 7 observations se répartissent de la manière suivante, en tenant naturellement compte de l'histoire de la gestation actuelle : chez 4 femmes, dont 3 II-pares (obs. 779 *bis* de l'année 1907 ; 1.944 de 1909 et 678 de 1913) et 1 IV-pare (obs. 586 de 1910) les vomissements s'étant reproduits à chaque gestation avec des caractères graves ont été cause de mortinatalité à chaque gestation.

Chez 3, l'avortement n'a dû être pratiqué qu'à certaines gestations : chez 1 III-pare (obs. 273 de 1908), la deuxième gestation avait dû être interrompue ; chez 1 VI-pare (obs. 1280 de 1910) il en avait été de même pour la cinquième gestation ; enfin chez 1 IV-pare (obs. 1318 de 1912), les vomissements ont été en augmentant de gravité jusqu'à la gestation actuelle, qui la première dût être interrompue, au cours du troisième mois.

Faut-il en conclure qu'à mesure qu'une femme avance dans ses parités, elle risque d'autant plus de voir ses vomissements devenir des causes de mortinatalité en prenant des caractères graves ? Rien ne serait aussi faux ; d'abord il est bien évident que la mortinatalité dans les vomissements n'est pas l'apanage des grandes multipares, puisque nous comptons 17 observations de primipares et que, parmi nos 26 multipares, 12 étaient II-pares ! En outre, nous

venons de voir que chez 7 seulement de nos multipares (dont 3 II-pares) la mortinatalité est signalée antérieurement, causée par les vomissements ! D'ailleurs il est bien certain que parmi les multipares il en est qui ne vomissent jamais à aucune gestation.

Alors serait-ce une question de personnes qui fait que chez certaines les vomissements s'installent graves d'emblée, dès la première gestation, ou deviennent de plus en plus graves à mesure que ces femmes voient leurs parités augmenter ? Pas non plus, car aussi bien parmi nos primipares que parmi nos multipares, qui, nous l'avons déjà dit, sont souvent des « clientes attitrées » de la clinique Baudelocque, nous avons vu de ces femmes qui, après avoir paru confirmer cette hypothèse, sont parfaitement arrivées à mener à terme des gestations ultérieures.

Il n'en reste pas moins vrai qu'alors ces femmes doivent être tout particulièrement surveillées dès le début de leur gestation, car nous verrons, hélas ! au traitement de cette grave auto-intoxication, que même le traitement le plus rationnel, ne nous donne pas toujours la toute puissance qui consisterait à sauver, sans nuire à la femme, la vie du fœtus.

Enfin nous arrivons à la gestation actuelle, celle où les vomissements ont revêtu un tel caractère de gravité que, dans tous les cas, ils ont entraîné l'interruption de la gestation en cours.

En étudiant le traitement, nous verrons le mode d'interruption thérapeutique, car dans un seul cas,

spontané, il a été la conséquence de l'auto-intoxication que nous étudions.

Ici, nous nous bornerons à résumer d'abord l'âge auquel étaient parvenues ces gestations quand l'interruption en fut pratiquée.

Au cours du deuxième mois, chez 2 primipares et chez 6 multipares, dont 2 II-pares, 1 III-pare, 1 IV-pare et 2 VI-pares.

Au cours du troisième mois, chez 11 primipares et chez 16 multipares, dont 9 II-pares, 3 III-pares, 2 IV-pares et 2 V-pares.

Au cours du quatrième mois, chez 2 primipares et chez 3 multipares, dont 1 II-pare et 2 III-pares.

Au cours du cinquième mois, chez 2 primipares et 1 IV pare.

Dans toutes nos observations la mort du fœtus s'est produite ou a dû être provoquée entre le deuxième et le cinquième mois de la gestation, avec une différence de plus du simple au double pour le troisième mois par rapport à tous les autres mois réunis. Mais de ces résultats il nous est impossible de tirer aucune conclusion quant à la mortinatalité. Ces mois sont en effet ceux où nous devions enregistrer la plus grande mortalité, car ce sont ceux où se produisent le plus souvent les vomissements.

Passé le cinquième mois, les vomissements peuvent encore persister ; mais, dans cette intoxication où tout n'est que question d'intensité, il est bien évident que les vomissements qui ont pu être tolérés jusqu'au cinquième mois indiquent une intoxication

moins profonde, qui aura d'autant moins de chance de provoquer la mort du fœtus. La question du traitement intervient aussi ici, où nous constatons que, parmi les femmes qui ont vu leur gestation interrompue au cours du troisième mois, figurent surtout celles qui n'ont suivi aucun traitement, ou un traitement mal approprié à la cause que nous savons être celle des vomissements. Donc la plus grande mortinatalité que nous enregistrons au cours du troisième mois, ne comporte aucune interprétation quant à la mortinatalité en elle-même, elle est fonction des vomissements, de leur plus grande fréquence, intensité et surtout du traitement qui est mis en œuvre pour les combattre.

Quoiqu'il en soit, il est bien évident qu'à un âge aussi précoce de la gestation il nous est impossible de nous livrer à aucune étude du fœtus, ni du placenta, surtout étant donné le mode d'interruption thérapeutique qui, comme nous l'avons déjà dit, a dû être mis en œuvre dans la grande majorité des cas, et qui n'a le plus souvent permis que l'extraction de débris ovulaires et placentaires.

Il semble bien que les vomissements, en général, soient un peu plus fréquents dans les gestations qui se terminent par l'expulsion d'un fœtus du sexe féminin ; pourtant nous ne pouvons que nous inscrire en faux contre certaines théories, qui de l'intensité et de la gravité des vomissements auraient voulu faire un moyen de pronostic du sexe de l'enfant à naître ; les fœtus victimes des vomissements à

caractères graves seraient alors, d'après ces auteurs, du sexe féminin. Si nous ne pouvons apporter des faits précis — et nous avons expliqué pourquoi — qu'il nous soit permis de rappeler simplement que dans des gestations où les femmes ont pû être guéries de vomissements à caractères graves, on a assisté à la naissance de nombreux fœtus du sexe masculin.

B. — *Analyse de l'auto-intoxication en elle-même et de son traitement*

De l'étude que nous venons de faire des conditions cliniques, physiologiques et pathologiques au milieu desquelles ont évolué ces gestations, il n'est ressorti, comme nous devions nous y attendre, aucune indication nouvelle capable d'expliquer la mortinatalité dans l'auto-intoxication qui se traduit par des vomissements à caractères graves.

Cette mortinatalité ne résulte donc pas d'un état particulier de la femme, état lié soit à sa parité, à son âge, à ses antécédents pathologiques ou obstétricaux, soit à l'âge auquel était arrivée la gestation, soit à l'état du fœtus ou à aucune des particularités du développement de ce dernier. Rien ne nous permet donc de dire que telle femme en soit plus menacée que telle autre, quel que soit le produit de conception qui se développe, ou que la mort du fœtus ait plus de chance de se produire à telle gestation qu'à telle autre chez une même femme.

La mortinatalité est uniquement fonction du poison qui cause les vomissements, vomissements si fréquents et si bénins dans tant de cas, qu'ils ont pu être considérés trop longtemps comme symptomatiques de la gestation. Tout n'est qu'une question d'intensité dans l'intoxication.

Qu'est-ce qui cause alors cette intensité, puisqu'elle ne dépend pas d'un état préexistant de la femme? C'est le point qu'il nous reste à étudier maintenant; l'histoire de l'intoxication, résumée dans nos observations, peut-elle nous donner la cause de cette mortinatalité et par conséquent les moyens de l'éviter?

Comment se sont comportées ces femmes, comment ont-elles été soignées depuis le début de leur intoxication ? A ce point de vue nos observations peuvent toutes être réunies en trois groupes :

1° Femmes n'ayant pas consulté, n'ayant suivi aucun traitement, avant leur entrée à la clinique Baudelocque.

Là nous trouvons 19 femmes :

7 primipares.

12 multipares, dont 6 II-pares, 4 III-pares, 1 IV-pare et 1 VI-pare.

Toutes ces femmes, à leur entrée à la clinique, présentaient la symptomatologie d'une intoxication grave ; elles avaient des vomissements à proprement parler depuis un laps de temps variant entre un et trois mois et, malgré le traitement appliqué après leur entrée — traitement que nous avons résumé à

la fin du chapitre des vomissements — la gestation a dû être interrompue pour 17 femmes dans le courant de la première semaine qui suivit leur entrée à l'hôpital ; pour 2, à la fin de la deuxième semaine ; et pour 2, vers la fin de la quatrième ;

2° Femmes ayant consulté, mais n'ayant pas suivi ou ayant mal suivi le traitement de désintoxication conseillé.

Dans cette catégorie — et un peu arbitrairement peut être — nous faisons entrer également les femmes ayant suivi un traitement mal approprié à la cause de leurs vomissements. Nous trouvons ainsi pour ce groupe 19 femmes :

8 primipares ;

11 multipares, dont 5 II-pares, 1 III-pare, 3 IV-pares et 2 V-pares.

Là de même, nous constatons que ces femmes avaient des vomissements fréquents depuis un, deux, trois mois et même plus ; qu'à leur entrée à la clinique, ces vomissements avaient pris des caractères graves indiscutables et que, malgré le traitement approprié, il a fallu interrompre la gestation chez 12 d'entre elles avant la fin de la première semaine ; chez 4 avant la fin de la deuxième, et chez 2 au cours de la troisième semaine ;

3° Enfin il reste 5 femmes — 2 primipares, 1 III-pare, 1 IV-pare et, 1 VI-pare — qui, avant leur entrée à la clinique et pendant un laps de temps variant entre un et deux mois, avaient suivi le même traitement de désintoxication qui leur fut encore appli-

qué après leur entrée, et chez lesquelles il fallut quand même interrompre la gestation.

Mais là encore, malgré le traitement suivi, la lecture de nos observations montre qu'il s'agissait de femmes profondément intoxiquées ne s'étant pas soignées dès l'apparition des premiers symptômes (obs. 251 *bis* et 718 de 1909 ; obs. 1280 de 1910 ; obs. 1305 et 1318 de 1912).

Donc, chez toutes nos femmes, on constate soit l'absence de traitement, soit l'institution d'un traitement bien tardif. Et il n'est aucun doute, c'est là la seule cause de la mortinatalité que nous enregistrons dans nos observations.

Contrairement à ce que nous verrons pour l'albuminurie gravidique où l'organisme met fin de lui-même à la gestation qui le menace, ici la mortinatalité doit être provoquée ; mais qu'elle soit provoquée où spontanée, c'est toujours l'intensité de l'intoxication qui est cause de la mort du fœtus. Seules les indications maternelles provoquent cette différence ; nous les étudierons tout à l'heure.

En effet, au point de vue fœtal, dans la presque totalité des observations, quarante et une fois sur 43 cas, il a fallu, tant les vomissements dans leur gravité devenaient menaçants pour la vie de la femme, avoir recours à une interruption thérapeuthique rapide de la gestation pour essayer, le fœtus étant condamné, de sauver du moins la vie de la mère.

Dans un autre cas, la femme est arrivée si tardi-

vement à la clinique Baudelocque qu'elle est morte peu après son entrée, avant qu'il ait été possible de rien tenter pour la sauver ; encore cette observation mériterait-elle d'entrer dans le cadre des interruptions thérapeutiques de la gestation, car ce n'est que faute de temps qu'elle ne fût point pratiquée.

Enfin, dans un cas seulement, il s'est produit une interruption spontanée de la gestation, l'organisme menacé ayant mis de lui-même fin à la gestation, cause de l'intoxication. Ce dernier cas est en tous points heureux ; la femme guérit rapidement, et, par la suite, mena à terme deux nouvelles gestations. Mais il est aussi l'exception, car la gravité de l'état que provoque chez les femmes les vomissements à caractères graves est telle, qu'à attendre on risquerait toujours d'assister à la mort de la femme sans voir l'évacuation spontanée de l'utérus se produire.

Encore une fois, c'est donc bien la gravité des vomissements qui impose l'interruption thérapeutique de la gestation et qui se trouve être la cause de la mortinatalité, au même titre que le fait l'albuminurie gravidique.

Mais hélas ! nous n'avons point ici la toute puissance que nous trouverons là. Même en provoquant la mort du fœtus sitôt qu'apparaissent les premiers symptômes de défaillance organique, quelle mortalité maternelle nous avons encore à déplorer : malgré l'intervention, 7 de nos femmes sont mortes, 2 primipares et 5 multipares (2 II-pares, 2 III-pares et 1 V-pare), soit une mortalité de 1 femme sur 6 !

Donc le traitement, aussi puissant soit-il, n'est pas suffisant pour éviter toute mortalité quand les vomissements ont pris des caractères graves ; ce qu'il faudrait, c'est pouvoir empêcher de devenir graves les vomissements si fréquents de la gestation.

Et là — bien que nous ayons toujours présent à l'esprit un trop douloureux exemple où la science la plus profonde dut s'avouer vaincue, malgré des efforts qui certes dataient des tout premiers jours de l'intoxication — là, nous n'hésitons pas à dire que dans l'immense majorité des cas, il est possible par un traitement rationnel et précoce de sauver aussi bien le fœtus que la mère. Le nombre infini des femmes que nous avons vu guérir, sans que la gestation ait dû être interrompue, en fait foi.

Mais, qu'il nous soit permis de le répéter encore, il ne faut pas attendre que les vomissements aient pris le moindre caractère de gravité ; à ce moment il sera souvent trop tard pour agir : pendant le laps de temps sur lequel ont porté nos recherches, nous ne relevons que 5 cas de vomissements à caractères graves ayant guéri, sans qu'il ait été nécessaire d'interrompre la gestation.

Alors, comme il est impossible de dire chez quelles femmes et dans quels cas les vomissements prendront ce caractère de gravité, il faut dès le début soigner, désintoxiquer toutes les femmes, même celles qui semblent ne présenter que les vomissements les plus légers, les plus bénins du début de la gestation, ceux qu'on a pu dire symptomatiques de

la gestation à les voir si fréquents, et si souvent guérir d'eux-mêmes, sans aucune intervention médicale. Nous devons lutter contre l'ignorance populaire qui entoure encore cette question, répéter que le vomissement qui, par la suite, est devenu le plus grave, a un jour débuté comme celui qui doit rester le plus bénin, sans que rien puisse les différencier, et que le traitement rationnel, précoce, permettra seul dans la grande majorité des cas d'éviter cette terrible mortalité fœtale et trop souvent aussi maternelle.

CHAPITRE IV

Etude des observations où la mortinatalité est causée par l'auto-intoxication se traduisant par le passage de l'albumine dans les urines.

De la même manière que nous venons d'analyser nos observations concernant les vomissements à caractères graves, nous résumerons dans ce chapitre tous les faits que comportent nos tableaux où la mort du fœtus a été causée par l'auto-intoxication gravidique se traduisant par le passage d'albumine dans les urines, pour voir, là aussi, quelles conclusions nous en pouvons tirer quant à la mortinatalité qui fait le sujet de ce travail.

Nous avons réuni dans nos tableaux toutes les observations où la mortinatalité reconnaît pour cause l'auto-intoxication albuminurique d'une façon générale, soit que le passage d'albumine dans les urines ait constitué le symptôme prédominant, soit qu'il s'agisse des deux graves complications qui peuvent se produire chez ces femmes, c'est-à-dire des convulsions éclamptiques et des hémorragies rétro-placentaires.

Nous n'avons pas à prendre part dans la discussion qui a eu lieu au sujet de ces complications : l'éclampsie et les hémorragies par décollement du placenta normalement inséré — ou hémorragies rétro-placentaires — s'accompagnent-elles toujours ou sont-elles toujours précédées par le passage d'albumine dans les urines.

Pour nous, notre rôle consistait seulement à retenir les observations où ce point est élucidé, où la présence d'albumine dans les urines a été confirmée, et dès lors, dans toutes nos observations, c'est donc bien le facteur déterminant, l'albuminurie, qui peut seul être invoqué comme cause de la mortinatalité que nous étudions.

La question étant ainsi posée, nous croyons qu'il nous est permis de ne faire une analyse séparée pour l'albuminurie à proprement parler, pour les convulsions éclamptiques et les hémorragies rétro-placentaires que dans l'étude des faits qui ne permettent pas de conclusions générales, et que nous mentionnerons alors séparément dans ce chapitre.

A. — *Analyse des conditions cliniques, physiologiques et pathologiques au milieu desquelles ont évolué ces gestations.*

Au point de vue de la parité, les femmes dont les observations sont résumées dans nos dix tableaux se répartissent en :

59 primipares ;

79 multipares, dont 28 II-pares, 9 III-pares, 13 IV-pares, 10 V-pares, 4 VI-pares, 7 VII-pares, 1 VIII-pare, 4 IX-pares, 2 XI-pares et 1 XIV-pare.

En tenant compte toujours et du nombre total des femmes qui pendant ce laps de temps se sont présentées à la clinique Baudelocque et du chiffre global des albuminuriques comprises dans ce nombre, nous voyons qu'il ne nous est permis de tirer aucune conclusion de notre répartition : la mortinatalité est plus élevée là où l'albuminurie est plus fréquente (chez les primipares relativement), sans qu'il y ait aucun rapport direct entre la mortinatalité et la parité.

De même dans la mortinatalité, l'âge de la femme ne doit pas jouer de rôle, ainsi que le montre le tableau suivant où nos femmes, par rapport à leur parité, se groupent toutes entre des âges moyens :

4 primipares et 1 secondipare étaient âgées de 15 à 19 ans ;

43 primipares et 29 multipares, dont 15 II-pares, 3 III-pares, 3 IV-pares, 4 V-pares, 3 VI-pares et 1 VII-pare étaient âgées de 20 à 29 ans ;

10 primipares et 40 multipares, dont 9 II-pares, 6 III-pares, 8 IV-pares, 5 V-pares, 1 VI-pare, 5 VII-pares, 1 VIII-pare, 4 IX-pares et 1 XI-pare étaient âgées de 30 à 39 ans ;

Enfin, 2 primipares et 9 multipares, dont 3 II-pares, 2 IV-pares, 1 V-pare, 1 VII-pare, 1 XI-pare et 1 XIV-pare étaient âgées de 40 à 49 ans.

Passons maintenant à l'analyse des antécédents

pathologiques ; elle nous montre que, parmi ces femmes, l'état de santé avait toujours été parfait chez 91 femmes, dont :

41 primipares ;

50 multipares dont 19 II-pares, 7 III-pares, 7 IV-pares, 5 V-pares, 3 VI-pares, 3 VII-pares, 1 VIII-pare, 4 IX-pares et 1 XI-pare, soit un total de 91 femmes sur 138.

Nous relevons en outre :

26 cas de rougeole chez 11 primipares et 15 multipares, dont 5 II-pares, 1 III-pare, 2 IV-pares, 3 V-pares, 1 VI-pare, 2 VII-pares et 1 XI-pare ;

10 cas de scarlatine chez 3 primipares et 7 multipares, dont 3 II-pares, 2 IV-pares, 1 V-pare et 1 VII-pare;

13 cas de fièvre typhoïde chez 5 primipares et 7 multipares, dont 2 II-pares, 1 III-pare, 2 IV-pares, 1 V-pare et 1 VII-pare ;

Enfin 2 cas de rhumatisme articulaire aigu chez 1 V-pare et 1 XIV-pare.

Nous sommes donc autorisé à tirer ici les mêmes conclusions qu'au chapitre précédent : de même que l'albuminurie gravidique est une maladie de la gestation, indépendante de toute tare organique antérieure, de même dans l'albuminurie ce n'est pas l'état fonctionnel antérieur de l'organisme qui peut expliquer la cause de la mortinatalité.

Dans cette étude des antécédents pathologiques, nous n'avons naturellement relevé que les maladies capables d'avoir un retentissement sur le fonction-

nement de l'organisme. Mais nous avons cru devoir éliminer toutes les observations de néphrite, de brightisme où aurait pu être invoquée une cause de mortinatalité autre que celle qui nous occupe : c'est une étude de la mortinatalité dans l'albuminurie gravidique pure que nous avons entreprise.

Nous ne croyons pas non plus utile d'insister sur cette erreur, qui a été classique trop longtemps et qui consistait à considérer la fièvre scarlatine en elle-même comme une cause prédisposante de l'albuminurie gravidique et, à plus forte raison, de la mortinatalité. D'ailleurs, depuis longtemps déjà, le professeur Pinard a fait la lumière sur ce point. A notre tour, nous relevons seulement 10 cas de scarlatine chez les 138 femmes que nous étudions, ce qui est une proportion bien faible, tout en rapport avec l'enseignement de notre Maître, surtout si l'on considère la grande fréquence de cette maladie chez l'enfant, en France en général, et à Paris en particulier.

Nous en aurons fini avec l'étude des antécédents quand nous aurons encore examiné les antécédents obstétricaux de ces femmes.

Nos tableaux comprennent 79 multipares ; or, parmi ces femmes, nous constatons qu'il n'a jamais été signalé à aucune gestation ni albuminurie, ni convulsions éclamptiques, ni hémorragie rétro-placentaire, en un mot, qu'il n'a jamais été signalé d'auto intoxication albuminurique chez 52 d'entre elles, qui se répartissent en 20 II-pares, 7 III-pares,

8 IV-pares, 8 V-pares, 2 VI-pares, 3 VII-pares. 1 VIII-pare, 1 IX-pare, 1 XI-pare et 1 XIV-pare.

Au contraire, mais chez 9 femmes seulement (5 II-pares, 1 VI-pare, 2 VII-pares et 1 XI pare), nous relevons de l'albuminurie signalée dans les urines au cours de toutes les gestations, et ayant dans la moitié des cas environ causé la mort du fœtus, sans aucune régularité dans la suite des parités.

Enfin dans les antécédents de 12 femmes nous trouvons de l'albumine signalée isolément au cours des gestations antérieures, albumine ayant parfois provoqué la mort du fœtus.

Chez 3 IV-pares, les trois fois, à partir de la troisième gestation ;

Chez 2 V-pares, à partir de la troisième et de la quatrième gestation ;

Chez 1 III pare, 1 VI-pare et chez 1 VII pare, à partir de la deuxième gestation.

Chez 1 VIII-pare, à partir de la sixième gestation ;

Chez 2 IX-pares, à partir de la troisième et de la septième gestation ;

Chez 1 X-pare, au cours de la neuvième gestation.

Donc la mortalité fœtale dans l'auto-intoxication albuminurique est aussi indépendante de toute règle que l'est en elle-même l'albuminurie dans son apparition.

Dans cette mortinatalité n'intervient ni une question de personne, ni une question de parité comme nous l'avions déjà établi antérieurement à un autre point de vue. Là aussi, d'ailleurs, il est banal de voir,

après une intoxication ayant provoqué la mort du fœtus, une nouvelle gestation évoluer normalement jusqu'à terme, mais il n'en est pas moins vrai, et le dernier paragraphe de ce tableau le prouve, que ces femmes doivent être alors tout particulièrement surveillées.

Nous arrivons ainsi à l'étude de la gestation elle-même, au cours de laquelle nous avons à enregistrer la mort du fœtus causée par l'auto-intoxication albuminurique.

Dès maintenant il nous semble utile de bien préciser un point.

Chez nos femmes l'auto-intoxication albuminurique s'est manifestée de différentes manières :

Chez 46 primipares et chez 57 multipares (dont 21 II-pares, 8 III-pares, 11 IV-pares, 4 V-pares, 2 VI-pares, 5 VII-pares, 2 VIII-pares, 3 IX-pares et 1 XI-pare), nous notons une albuminurie gravidique simple, sans complications.

Chez les autres femmes, au contraire, la mort du fœtus a été causée par les deux graves complications de l'albuminurie gravidique qui s'est manifestée par des crises éclamptiques chez 9 primipares et 5 multipares (3 II-pares, 1 IV-pare et 1 V-pare).

Hémorragies rétro-placentaires chez 5 primipares et 14 multipares (3 II-pares, 1 III-pare, 1 IV-pare, 5 V-pares, 2 VI-pares, 1 VII-pare et 1 XI-pare).

Nous n'avons pas cru devoir faire un étude séparée pour l'albuminurie gravidique simple et pour ses complications. En effet, les complications ne consti-

tuent pas une maladie différente, elles indiquent seulement un degré d'intoxication plus profond et plus grave de l'organisme maternel, mais dont la cause reste toujours la même. Dès lors, il nous a semblé mieux nous conformer à ce que l'énoncé de notre sujet a de général, en traitant d'une façon générale l'albuminurie gravidique dans toutes ses manifestations.

Ceci posé, commençons l'étude de ces gestations.

Comme il nous est impossible de savoir la date exacte à laquelle s'est produite la mort du fœtus, c'est la date à laquelle s'est terminée la rétention fœtale, calculée d'après la dernière apparition des règles que nous allons étudier.

L'expulsion du produit de rétention s'est effectuée:

Au cours du cinquième mois, après les dernières règles chez une primipare ;

3 multipares, dont 1 V-pare, 1 VIII-pare et 1 IX-pare.

Au cours du sixième mois, après les dernières règles chez :

2 primipares ;

16 multipares, dont 4 II-pares, 2 III-pares, 4 IV-pares, 2 V-pares, 2 VI-pares, 1 IX-pare et 1 XIV-pare.

Au cours du septième mois après les dernières règles, chez :

15 primipares ;

18 multipares, dont 9 II-pares, 3 IV-pares, 1 V-pare, 1 VI-pare, 2 VII-pares, 1 IX-pare et 1 XI-pare ;

Au cours du huitième mois après les dernières règles, chez :

20 primipares;

24 multipares, dont 9 II-pares, 3, III-pares, 4 IV-pares, 5 V-pares, 1 VII-pare, 1 IX-pare et 1 XI-pare;

Au cours du neuvième mois après les dernières règles, chez :

20 primipares;

18 multipares, dont 6 II-pares, 4 III-pares, 2 IV-pares, 1 V-pare, 1 VI-pare et 4 VII-pares.

Ce tableau nous permet seulement de constater un parallélisme parfait entre la mortalité fœtale et la fréquence de l'albuminurie gravidique selon les époques de la gestation sans qu'il soit possible de conclure isolément à une mortalité fœtale plus abondante à tel mois qu'à tel autre : nous trouvons une mortalité plus grande aux mois où l'albuminurie est plus fréquente.

Dans cette auto-intoxication des derniers mois de la gestation, il était indispensable de nous livrer à une étude des fœtus expulsés.

Au point de vue du sexe nous constatons 64 fœtus masculins et 65 fœtus féminins, plus 9 œufs qui ont été expulsés complets sans qu'aucun renseignement soit fourni à ce sujet. C'est dire qu'il nous est impossible de tirer aucune conclusion de cette répartition.

Pour les poids des fœtus nous obtenons les chiffres suivants :

Au cours du cinquième mois, 2 fœtus pesaient 380 et 450 grammes;

Au cours du sixième mois :

2	fœtus	pesaient moins de	500 gr.
7	fœtus	pesaient de 500 à	750 gr.
4	—	—	750 à 1.000 gr.
3	—	—	1.000 à 1.400 gr.

Au cours du septième mois :

13	fœtus	pesaient moins de	1.000 gr.
8	fœtus	pesaient de 1.000 à	1.500 gr.
6	—	—	1.500 à 2.000 gr.

Au cours du huitième mois :

6	fœtus	pesaient moins de	1.000 gr.
20	fœtus	pesaient de 1.000 à	1.500 gr.
10	—	—	1.500 à 2.000 gr.
5	—	—	2.000 à 2.500 gr.
1	—	pesait	2.800 gr.

Au cours du neuvième mois :

1	fœtus	pesait	700 gr.
6	fœtus	pesaient de 1.000 à	1.500 gr.
7	—	—	1.500 à 2.000 gr.
16	—	—	2.000 à 2.500 gr.
3	—	—	2.500 à 3.000 gr.
5	—	—	3.000 à 3.500 gr.

En outre, nous relevons 9 œufs complets expulsés : 2, au cours du cinquième mois, et pesant 430 et 480 grammes ;

1, au cours du sixième mois, pesant 640 grammes ;

5, au cours du septième mois, pesant 530, 550, 940, 1.010 et 1.175 grammes ;

1, au cours du huitième mois, pesant 975 grammes.

Enfin nous avons un seul cas de gestation gémellaire (obs. 1.770 de 1905) qui s'est terminée par l'expulsion au cours du huitième mois après les dernières règles de 2 fœtus morts et macérés, pesant 770 et 1.100 grammes.

L'auto-intoxication albuminurique étant fréquente au cours de la gestation gémellaire, on pourra peut-être s'étonner que nos tableaux n'en comportent qu'un cas.

Peut-être ces gestations sont-elles mieux surveillées, le développement du volume utérin appelant le plus souvent l'attention. Mais nous avons aussi dû éliminer un certain nombre de ces femmes chez lesquelles, bien que tous les symptômes de l'albuminurie gravidique aient été constatés, un seul des fœtus étant mort, on aurait pu nous objecter la cause fréquente de la mort d'un des jumeaux par inégalité de répartition de la masse placentaire.

En résumé, du poids fœtal lui-même, nous ne pouvons rien déduire quant à la mortinatalité, mais nous constatons une fois de plus la petitesse de ces poids par rapport aux poids moyens enregistrés dans les gestations normales.

Sans doute, il faut tenir compte des deux causes d'erreur que constituent et la date exacte de la mort du fœtus — qui nous est inconnue — et les phénomènes de macération qui sont réalisés dans la

grande majorité des cas. En effet, et pour les raisons que nous avons exposées dans notre premier chapitre, sur 139 fœtus que nous étudions il en est 122 qui étaient macérés — les 17 autres fœtus représentant des cas de mort brusque avant le début du travail, 2 chez des éclamptiques et 15 dans des hémorragies rétro-placentaires.

Cette faiblesse du poids du fœtus n'en est pas moins réelle ; elle est d'ailleurs parfaitement logique, comme nous allons le voir par l'étude des placentas, sans que pour cela, elle puisse figurer comme cause de la mortalité fœtale dans l'albuminurie gravidique dont elle n'est au contraire qu'une conséquence.

Reprenons d'abord l'étude des placentas comme nous avons fait celle des fœtus. Naturellement, dans cette étude, nous éliminons le poids des caillots sanguins expulsés, dans certains cas avec le placenta et qui se trouvent compris dans nos tableaux. Cette remarque répond à l'objection que l'on pourrait nous faire de quelques différences qui se trouvent ainsi expliquées.

Au cours du cinquième mois, 2 placentas pesaient 130 grammes ;

Au cours du sixième mois :

8 placentas pesaient de 100 à 150 gr.
4 — — 150 à 200 gr.
4 — — 200 à 250 gr.
1 placenta pesait 280 gr. ;

Au cours du septième mois :

4	placentas	pesaient de	100 à 150 gr.
11	—	—	150 à 200 gr.
3	—	—	200 à 250 gr.
3	—	—	250 à 300 gr.
6	—	—	350 à 400 gr.

Au cours du huitième mois :

3	placentas	pesaient de	100 à 150 gr.
9	—	—	150 à 200 gr.
9	—	—	200 à 250 gr.
6	—	—	250 à 300 gr.
10	—	—	300 à 350 gr.
3	—	—	350 à 400 gr.
4	—	—	400 à 500 gr.

(dont 1 de gest. gemel) ;

Au cours du neuvième mois :

3	placentas	pesaient de	115 à 200 gr.
7	—	—	200 à 250 gr.
3	—	—	250 à 300 gr.
10	—	—	300 à 350 gr.
4	—	—	350 à 400 gr.
5	—	—	400 à 450 gr.
6	—	—	450 à 500 gr.

Enfin il nous est impossible de fournir de renseignements sur les 9 œufs qui ont été expulsés complets, et conservés tels dans les observations.

Donc, pour le placenta aussi, nous constatons des poids nettement inférieurs à ce que nous sommes habitué à voir dans les gestations normales.

Si maintenant nous étudions l'aspect et la structure de ces placentas, nous en trouverons facilement l'explication, comme nous allons y trouver l'explication mécanique de la mort des fœtus. Tous ces placentas, à un degré plus ou moins accentué, présentent les lésions caractéristiques de l'albuminurie gravidique, les lésions pathognomoniques, devons-nous même dire, depuis les travaux si concluants du professeur Pinard (1885) et de ses élèves. Ce sont ces lésions qui nous ont autorisé à conserver dans ce travail certaines observations, ne fournissant aucun renseignement sur la marche de la maladie que nous incriminons comme cause de la mortalité fœtale, uniquement parce qu'elles sont la signature de l'auto-intoxication gravidique.

Nous ne pouvons pas refaire ici toute l'étude de cette si intéressante question ; nous rappellerons seulement que c'est probablement sous l'influence de l'hypertension vasculaire — toujours constatée dans cette auto-intoxication alors que dans celle déterminant les vomissements, il y a toujours *hypotension* (Pinard) — comme le pense M. Wallich, que se produisent dans le tissu des villosités les foyers d'hémorragie intra-placentaire, signalés par Moir d'Edimbourg, puis par Chantreuil et Fehling, mais étudiés et cités par le professeur Pinard (1885) et ses élèves.

Ces hémorragies peuvent même, dépassant les limites du placenta, décoller ce dernier, et ainsi se trouvent réalisées les hémorragies rétro-placentaires.

Ces infractus, rouges primitivement, blancs quand ils sont vieillis ont pour résultat de diminuer la surface utile du placenta qui se trouve remplacée par du tissu sclérosé, du tissu cicatriciel. Or, il est établi aujourd'hui, que l'intensité de l'albuminurie est en rapport absolu avec le nombre et l'étendue des lésions placentaires.

Dès lors, on comprend facilement et l'atrophie constatée dans nos placentas, et l'aspect malingre spécial que présentent tous les enfants — enfants araignées — des albuminuriques en général, et, à un degré de plus, la cause de la mort du fœtus quand, sous l'influence d'une intoxication plus intense, une plus grande quantité de la masse placentaire dont vit le fœtus se trouve remplacée par le tissu cicatriciel qui caractérise chacune des hémorragies albuminuriques.

Donc, c'est bien toujours la seule auto-intoxication albuminurique qui, dans son intensité, est cause de la mort du fœtus, et c'est cette intensité qu'il nous reste à étudier maintenant.

B. — *Analyse de l'auto-intoxication en elle-même, du traitement mis en œuvre, et de ses conséquences*

De même que pour les vomissements, et comme nous nous y attendions, il n'est aucun des faits cli-

niques, physiologiques ou pathologiques que nous venons d'étudier qui se reproduise avec une constance, ou simplement une fréquence telle, qu'il nous soit permis d'en tirer aucune conclusion quant à la mortinatalité dont traite notre travail.

Nous constatons ici, comme nous l'avons fait au chapitre précédent que ni telle parité, ni tel âge, ni tels antécédents, ni telle époque de la gestation, ni tel ou tel état fœtal, n'ont d'influence sur la mortinatalité causée par l'albuminurie gravidique, et les quelques particularités que nous avons pu constater dans l'étude de ces gestations, loin d'être une cause de l'auto-intoxication gravidique en sont une conséquence. Dès lors, c'est toujours l'auto-intoxication en elle-même qu'il convient d'étudier si l'on veut éviter la terrible mortinatalité qui en résulte. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, qu'il s'agisse soit de l'état maladif dans lequel le passage d'albumine dans les urines est le symptôme prédominant, soit de crises éclamptiques, ou d'hémorragies rétro-placentaires, dans toutes nos observations la mortinatalité reconnaît bien pour cause l'albuminurie gravidique, et c'est cette albuminurie que nous allons étudier maintenant.

En lisant l'histoire clinique de l'auto-intoxication ayant causé dans toutes nos observations la mort du fœtus — qu'il s'agisse soit de l'état maladif dans lequel le symptôme prédominant est le passage d'albumine dans les urines, soit des deux complications de l'albuminurie gravidique — on constate que l'histoire

de toutes ces femmes peut se résumer et se grouper sous quatre rubriques :

1° Femmes n'ayant jamais consulté pendant leur gestation, parce qu'elles n'avaient présenté ou remarqué aucun des symptômes habituels de l'albuminurie gravidique.

Ces femmes sont, dans nos observations, au nombre de 25 (9 primipares et 16 multipares).

2° Femmes n'ayant jamais consulté pendant leur gestation, malgré des symptômes évidents d'albuminurie gravidique.

Là, nous relevons 56 femmes (24 primipares et 32 multipares);

3° Femmes ayant été prévenues qu'elles se trouvaient en proie à l'auto-intoxication albuminurique, mais n'ayant pas suivi le traitement conseillé (régime lacté absolu), ou ayant suivi un traitement incomplet ou imparfait.

Nous relevons dans ce paragraphe 47 femmes (22 primipares et 25 multipares).

4° Femmes albuminuriques chez lesquelles le fœtus est mort bien que le régime lacté ait été suivi.

Là, nous trouvons 9 femmes seulement (3 primipares et 6 multipares).

Pour ces femmes, il ne peut être aucun doute sur le traitement suivi, car toutes furent hospitalisées à la clinique Baudelocque, où, non seulement le régime lacté absolu fut ordonné, mais où fut mis en œuvre tout ce qui peut aider ce régime en favorisant les émonctoires : température du milieu, vêtement des

flanelle, drastiques, diurétiques, etc. En effet, sur ces 9 femmes, 8 étaient des albuminuriques simples (obs. 1567 et 1836 de 1906 ; obs. 709 et 1211 de 1908 ; obs. 2011 de 1909 ; obs. 685 de 1910 ; obs. 631 de 1912 ; obs. 1270 de 1914) et une seulement avait présenté avant son entrée à la clinique, où le fœtus vivait encore, une crise d'éclampsie (obs. 1008 de 1912), ce qui explique plus facilement la mort du fœtus.

Mais avant de tirer aucune conclusion de la mort du fœtus chez ces femmes soumises à l'ensemble de ce que nous pouvons appeler le traitement lacté, il nous faut voir encore pendant combien de temps ces femmes furent soumises à ce traitement avant la mort du fœtus. En effet, le professeur Pinard a établi que, pour donner une garantie, la médication lactée doit être suivie rigoureusement pendant huit jours au moins, et constamment ensuite ; passé ce délai cette médication donne toujours une garantie absolue contre les nouveaux accidents que la même auto-intoxication albuminurique aurait pu causer si elle n'avait pas été soignée.

Or, nos observations, loin d'aller à l'encontre de cette loi établie par notre Maître, n'en sont, au contraire, qu'une modeste confirmation de plus, puisque nous y relevons qu'une fois la mort du fœtus s'est produite le lendemain du jour où fut institué le traitement ; quatre fois elle eut lieu deux jours après, deux fois, cinq jours après et une fois, six jours après le début du traitement.

Nous sommes donc maintenant en droit de conclure que : dans toutes ces observations où la mortinatalité a été causée par l'albuminurie gravidique, nous trouvons dans une proportion de 95 o/o des femmes ne s'étant pas soignées ou s'étant mal soignées ; dans une proportion de 5 o/o, des femmes s'étant soignées trop tardivement pour que le traitement mis en œuvre ait pu donner son résultat habituel.

En effet, comme nous l'avons vu dans l'étude du fœtus et du placenta, dans ces cas, il s'agit d'une mort lente du fœtus — qui meurt d'inanition à proprement parler — par destruction progressive, sous l'influence de l'intoxication albuminurique, de la masse placentaire au niveau de laquelle le fœtus finit par ne plus trouver l'apport nécessaire pour vivre. Or, de même que l'intensité et la durée de l'auto-intoxication sont en rapport absolu avec le nombre et l'étendue des lésions, de même l'observation journalière démontre que les femmes enceintes albuminuriques, soumises au régime lacté absolu, ne présentent pas de lésions placentaires.

C'est donc bien l'absence de traitement qui est la seule cause de la mortalité fœtale que nous enregistrons, puisqu'ici, contrairement à ce que nous avons vu pour les vomissements à caractères graves, nous possédons un traitement qui, appliqué à temps, nous donne une véritable toute puissance.

Dès lors, en tenant compte et de la rapidité avec laquelle l'intoxication semble évoluer en certains

cas, et, dans d'autres cas, de l'absence de symptômes assez précis pour éveiller l'attention de trop de femmes — évidemment peu habituées à s'observer et à se surveiller — enfin en tenant compte aussi, comme nous l'avons vu dans la première partie de cette étude, que toutes les femmes se trouvent également menacées, et à toutes leurs gestations, par cette grave auto-intoxication, dès lors une seule conclusion s'impose: l'examen indispensable, obligatoire, de toutes les femmes à chacune de leurs gestations.

Cette surveillance et le traitement tout puissant qu'elle permettra d'appliquer seront doublement prophylactiques : prophylactique pour le fœtus, mais prophylactique aussi pour la mère. En effet, de même que nous avons vu une différence — combien heureuse — avec les vomissements en ce qui concerne le traitement, de même il est une différence dans le pronostic réservé à la femme par le fait de l'albuminurie gravidique.

Ici, nous voyons l'intoxication mettre fin à la gestation en causant la mort du fœtus. A partir de ce moment, quand il ne se produit aucune des deux complications si graves de l'albuminurie, l'intoxication cesse en général d'être redoutable pour la mère, car d'elle-même l'auto-intoxication diminue puis disparaît quand cesse la gestation, cause de cette intoxication. Nous constatons ce fait dans toutes nos observations, où, en effet, nous ne relevons aucune mortalité maternelle chez les femmes albuminuriques simples,

et où cent-douze fois sur cent-trente-huit l'albumine avait disparu ou diminué en très notable quantité après la mort du fœtus, et avant même l'expulsion du produit de rétention ; et, pour les 26 autres femmes, l'expulsion du produit de rétention s'étant produite trois fois le jour même de la mort du fœtus, quinze fois le lendemain, une fois le troisième jour et une fois le cinquième jour après, il est bien évident que dans ces cas il a été impossible de constater si rapidement aucune différence dans la quantité d'albumine contenue dans les urines.

Au contraire, quand il se produit une des deux complications de l'albuminurie, soit convulsions éclamptiques, soit hémorragies rétro-placentaires, combien sombre devient aussi le pronostic maternel : sur nos 15 éclamptiques, 4 sont mortes ainsi qu'une de nos femmes, sur les 19 ayant présenté une hémorragie rétro-placentaire, soit un pourcentage total de plus de 15 o/o !

Quelle que soit cette mortalité, n'oublions pas qu'elle vient s'ajouter encore à la terrible mortalité fœtale que nous avons déjà étudiée ; combien coupables alors apparaissent ces chiffres quand nous savons qu'il est un traitement, sur la toute-puissance duquel nous ne voulons pas revenir, mais qui, appliqué à temps, aurait certainement sauvé toutes ces existences humaines. Combien coupables apparaissent toutes ces femmes qui, par ignorance, ont laissé périr leurs enfants, ou sont mortes elles-mêmes, mais combien plus coupables encore nous apparais-

sons, nous, qui devons encourir la responsabilité d'un tel état de choses. Une telle ignorance devrait-elle seulement pouvoir exister encore ?

Certes l'étude de nos observations offre une certaine consolation : Sous l'influence des efforts qui ont été faits déjà — et dont une si large part revient à notre maître, M. le professeur Pinard — nous constatons entre les premières et les dernières années que nous avons étudiées une différence qui se chiffre par une diminution de mortalité de plus de moitié.

L'ignorance diminue, et le chiffre toujours croissant des femmes qui chaque année viennent régulièrement se faire examiner aux consultations gratuites mises à leur disposition en est aussi la preuve évidente.

Mais n'oublions pas que nous serons coupables tant qu'une seule femme, un seul fœtus périra, tant que nous n'aurons pas définitivement vaincu l'ignorance cause de tant de morts, tant que nous n'aurons pas réalisé partout des consultations, qui — comme celle qui fonctionne à la clinique Baudelocque — soient véritablement à la portée de toutes les femmes, ou mieux encore tant que nous n'aurons pas obtenu la surveillance obligatoire, surveillance médicale et sociale, de toute la gestation.

Une preuve absolue de ce que pourra seule réaliser cette surveillance médicale obligatoire de la gestation nous est donnée par les merveilleux résultats obtenus à ce point de vue au cours de la guerre actuelle. Nous ne pouvons pas résumer ici toute l'histoire de

cette œuvre admirable qu'est *l'Office central d'Assistance maternelle et infantile*, telle que l'a conçue notre Maître, M. le professeur Pinard, dès le premier jour de la mobilisation, et telle qu'il est arrivé à la réaliser, assisté de « quelques-unes des professionnelles du dévouement envers les mères et les enfants et quelques vétérans de la Puériculture » (1).

Tout le monde sait le programme si précis de l'œuvre : « Pendant toute la durée de la guerre, et dans toute l'étendue du Gouvernement militaire de Paris, assurer à toute femme nécessiteuse en état de gestation, ou ayant un enfant de moins de trois ans, la protection sociale, légale et médicale, à laquelle elle a droit dans une société civilisée. Faire en sorte que nulle femme ne fût ignorée et qu'aucun enfant ne fût oublié. » La vraie protection de l'enfant : 1° avant sa naissance, dès que le fait de son existence est certain ; 2° après la naissance, jusqu'à la fin de la troisième année, c'est-à-dire dans toute la période pendant laquelle il présente, en même temps que le développement le plus rapide, la moindre résistance et la plus grande vulnérabilité. Cette protection, les événements en cours ont donc permis de la réaliser en l'absence de toute loi qui la rende obligatoire ; en effet, des mères, en nombre considérable, privées de tout soutien par la mobilisation

---

1. *La Guerre et la défense de l'enfant* (Professeur A. Pinard). *La Protection de l'enfance pendant la première année de guerre dans le camp retranché de Paris* (Professeur A. Pinard).

générale, ont reçu la protection sociale, légale et médicale de l'œuvre créée par notre Maître.

Et les résultats ne se sont pas fait attendre; au point de vue de la mortinatalité qui seule nous intéresse — au lieu du chiffre effroyable des morts d'enfants enregistrées en 1870 — on voyait dès les cinq premiers mois de la guerre, et comparativement aux mêmes mois de l'année 1913, la mortinatalité générale, enregistrée dans *le Bulletin hebdomadaire de statistique municipale de Paris*, tomber grâce à cette protection de 7,8 o/o à 7,2 o/o. Les résultats sont plus tangibles encore si l'on envisage la mortinatalité de toute la première année de guerre (du 1er août 1914 au 1er août 1915), en comparaison de la mortinatalité enregistrée du 1er août 1913 au 1er août 1914, là, nous voyons la mortalité tomber de 7,69 o/o à 6,63 o/o.

Ne suffit-il pas de laisser à ces chiffres leur simple éloquence ?

Pour nous, nous nous bornerons à rappeler que ce sont là des chiffres de mortinatalité en général, et que, parmi toutes les causes de mortalité fœtale, ce sont peut-être celles que nous avons étudiées dans ce travail qui sont les plus faciles à éviter, grâce au traitement si puissant que nous possédons et qu'il suffit dans l'immense majorité des cas d'appliquer à temps.

N'est-ce pas dès lors notre droit, notre devoir, de lutter pour imposer dans l'avenir cette surveillance obligatoire de toute la gestation que nous demandions

en terminant ce travail, et quelles objections saurait-on nous faire quand on envisage les résultats obtenus par *l'Office central d'Assistance maternelle et infantile* dont le grand cœur seul, a su créer l'image d'une société civilisée en s'efforçant de « faire en sorte que nulle femme ne fût ignorée et qu'aucun enfant ne fût oublié. »

CONCLUSIONS

I. — La défaillance de l'organisme maternel, devant la suractivité que lui impose la gestation, peut se traduire par un certain nombre de manifestations pathologiques, très différentes d'aspect, mais reconnaissant toutes pour cause l'hépato-toxémie gravidique.

II. — Parmi ces manifestations pathologiques, il en est deux qui sont de beaucoup les plus fréquentes ; elles se partagent pour ainsi dire toute la durée de la gestation, se traduisant, les premiers mois surtout, d'après le Pr Pinard, par *des vomissements et de l'hypotension artérielle ;* les derniers mois, surtout par *le passage d'albumine dans les urines et de l'hypertension.*

Dans ce dernier cas, le passage d'albumine dans les urines peut être le symptôme prédominant, ou bien il peut se compliquer soit de convulsions — convulsions éclamptiques — soit d'hémorragies — hémorragies rétro-placentaires —. Mais ce sont toujours des manifestations de la même auto-intoxication qui a été appelée d'une manière générale albuminurie gravidique, faute d'un terme meilleur.

III. — Nous avions à étudier les conditions dans lesquelles les vomissements et l'albuminurie gravidique prennent un tel caractère de gravité qu'elles arrivent à causer la mort du fœtus, comme elles l'ont fait dans les 43 observations de vomissements à caractères graves et dans les 138 observations d'albuminurie gravidique que nous avons recueillies en dix ans dans les archives de la clinique Baudelocque.

IV. — Il résulte de l'étude que nous avons faite de ces observations, que la mortinatalité ne dépend nullement des conditions cliniques ou physiologiques au milieu desquelles ont évolué ces gestations, ni de l'état des femmes antérieurement à ces gestations.

V. — Cette mortalité est causée uniquement par l'intensité de l'auto-intoxication, intensité qui, le plus souvent, dans les vomissements à caractères graves conduit le médecin à provoquer la mort du fœtus, alors que le plus souvent, dans l'albuminurie gravidique, c'est l'intensité même de l'intoxication qui amène la mort de ce dernier.

Les indications maternelles expliquent ces différences, mais c'est toujours bien l'intensité de l'auto-intoxication qui est la cause de la mort du fœtus.

VI. — L'intensité de ces auto-intoxications nous est expliquée par la manière dont elles ont évolué ; en effet, toutes les femmes dont l'histoire est résumée dans nos observations ont été ignorantes ou négli-

gentes au point de ne pas se faire soigner, malgré les symptômes qu'elles présentaient, ou incomplètement traitées, ou bien encore trop tardivement soumises au traitement qui s'imposait.

VII. — Il est en effet un traitement, commun à toutes les auto-intoxications de la gestation, qui est la désintoxication de l'organisme par *le régime lacté*, et par tout ce qui peut favoriser les émonctoires.

VIII. — Ce traitement nous donne une véritable toute puissance dans l'immense majorité des cas de vomissements et toujours dans l'albuminurie gravidique, à la seule condition d'être appliqué dès l'apparition des premiers symptômes.

IX. — En effet, la seule manière d'éviter la terrible mortinatalité que nous venons d'étudier est de traiter prophylactiquement toutes les femmes dès les premières manifestations de l'auto-intoxication, même si ces manifestations semblent bénignes, puisque rien dans l'histoire de ces femmes ne permet de prévoir que chez elles l'auto-intoxication doive prendre par la suite des caractères alarmants de gravité, puisqu'une fois ces caractères réalisés il sera le plus souvent trop tard pour agir.

X. — Notre rôle médical consiste donc à lutter sans trêve contre l'ignorance qui entoure encore de tels faits et cause une si grande mortalité. Et notre tâche ne sera remplie que lorsque des consultations

gratuites fonctionnant effectivement partout, toute femme en état de gestation saura et devra même se faire périodiquement examiner, c'est-à-dire lorsqu'aucun fœtus et, à plus forte raison, aucune mère ne périront plus par ignorance ou par négligence.

Vu : le Président de la thèse
RIBEMONT-DESSAIGNES

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Préface..... 9

Chapitre premier. — Dans le vaste chapitre des « auto-intoxications gravidiques », exposition du sujet de notre travail..... 15

Chapitre II. — Résumé des observations recueillies à la clinique Baudelocque..... 21

Chapitre III. — Étude des observations où la mortinatalité est causée par les vomissements à caractères graves..... 23

A. — Analyse des conditions cliniques, physiologiques et pathologiques au milieu desquelles ont évolué ces gestations..... 23

B. — Analyse de l'auto-intoxication en elle-même et de son traitement..... 31

Chapitre IV. — Étude des observations où la mortinatalité est causée par l'auto-intoxication se traduisant par le passage de l'albumine dans les urines..... 39

A. — Analyse des conditions cliniques, physiologiques et pathologiques au milieu desquelles ont évolué ces gestations..... 40

B. — Analyse de l'auto-intoxication en elle-même, du traitement mis en œuvre, et de ses conséquences.... 53

Conclusions..... 65

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 3041-16